



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora em Diferentes Contextos na CERCICA - CerMov

Relatório de Estágio Elaborado com Vista à Obtenção do Grau
de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente: Professor Doutor Carlos Alberto Ferreira Neto

Vogal: Mestre Joana Figueiredo Gonçalves

Vogal: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Filipa Fernandes Barrote

7 de junho de 2018

Agradecimentos

Agradeço à minha família por verem em mim a luz mais brilhante e mais capaz de fazer com que este relatório saísse do meu computador. Por serem as pessoas mais fortes deste mundo e do outro. Por serem o meu exemplo. Por serem o meu modelo.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Sofia Santos, pelos telefonemas, quer às 10:00 quer às 22:00, mais preocupada com o facto de trabalhar horas a mais, do que propriamente com o andamento do relatório, uma vez que a única a duvidar deste dia fui eu. Por me encaminhar. Por me guiar. Por acreditar.

Agradeço à minha orientadora local, Joana Rodrigues, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, por me ensinar o que sabe, o melhor que consegue. Por me ter mostrado que por termos algo garantido, se isso não nos realiza, então não serve. Por ser um exemplo profissional. Por ser um exemplo de pessoa. Por ser um exemplo de coragem. Por ser um exemplo.

Aos clientes da instituição que me receberam desde o primeiro dia, como se fosse parte daquela casa desde sempre. Que me ofereceram sorrisos. Que me ofereceram abraços. Que me ensinaram muito. Que não me pediram nada em troca.

Agradeço aos meus amigos, que conto pelos dedos das mãos, e aos que eu pensava que eram amigos, e que não cabem nos dedos das mãos somados com os dedos dos pés. Aos que se mantêm cá, mesmo separados por Portugal inteiro, pelo oceano ou só pelo facto de terem horários desencontrados que impossibilitam o encontro regular. Porque a vida de adulto é aborrecida. Porque a vida de adulto é uma seca. Porque a vida de adulto me deixou os super-hiper-mega amigos, que me aturaram nas minhas paranóias para terminar este relatório, e levou os não sei quê, que nem interessam.

Agradeço aos que deram sem esperar em troca.

Agradeço a todos os que possibilitaram escrever um capítulo “Agradecimentos” menos cliché. São o motivo da minha motivação.

Obrigada. Obrigada. Obrigada.

Resumo

O presente relatório foi realizado no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, e descreve as atividades de estágio na CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais, mais precisamente na CerMov - Atividades Terapêuticas e Motoras. Apesar de supervisionado e com orientação tutorial, desde a avaliação à intervenção, implicou o desempenho autónomo da estagiária. Foi possível intervir com um espectro alargado de população alvo, desde crianças, com os mais diversos diagnósticos, a adultos, com diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). No primeiro capítulo do corrente relatório serão apresentadas informações de cariz teórico, onde se caracterizou a instituição, a perturbação mais presente (DID) e a perturbação do estudo de caso (Atraso Global do Desenvolvimento - AGD), passando em seguida pela intervenção psicomotora e os seus contextos. O capítulo seguinte, relativo à prática, contém toda a descrição do estudo de caso, instrumentos e procedimento de avaliação, o plano de intervenção, que foi aplicado durante nove meses, finalizando com uma breve apresentação de atividades extra-curriculares realizadas. Para terminar será apresentada uma reflexão em jeito de conclusão, relativamente a todo o ano em estágio.

Palavras-Chave: Atraso Global do Desenvolvimento; Cercica; CerMov; Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento; Estágio; Funcionalidade; Intervenção; Meio Aquático; Qualidade de Vida; Reabilitação Psicomotora.

Abstract

The present report within the internship of the Master's Degree in Psychomotor Therapy of the Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, describes the internship activities at CERCICA – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais, specifically at CerMov- Motor and Therapeutic Activities. Although supervised from evaluation to intervention, it implied the independent performance of the item. It was possible to intervene with a broad spectrum of target population, from children with the most diverse diagnoses, to adults with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD). The information in the first chapter of the current report has a more theoretical goal, describing institution, the main disability (IDD) presented by most of institutions clients as well the study case' diagnosis (Global Developmental Delay), followed by the

characterization of psychomotor intervention and their contexts. The practical chapter will present the full description of the case study, assessment instrument and procedures, as well the nine-month psychomotor program, ending with a brief presentation of the extra-curricular activities that the internhisp student has the opportunity to participate. Finally, a reflection about the whole internship year will be presented

Key-Words: Global Developmental Delay; Cercica; CerMov; Intellectual and Developmental Disabilities; Internship; Individual Functionality; Intervention; Water Environment; Quality of Life; Psychomotor Intervention

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Índice Geral	vi
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Introdução.....	1
1 Caracterização da Instituição	5
1.1 A CERCICA	5
1.1.1 História.....	6
1.1.2 Missão, Visão e Valores.....	8
1.1.3 Políticas Organizacionais.....	9
1.1.4 Organograma	11
1.2 A Intervenção e as Respostas da CERCICA	13
1.3 CerMov – Atividades Terapêuticas e Motoras	14
1.3.1 Tipos de Intervenções e Terapias CerMov	15
1.3.2 Piscina.....	19
1.3.3 Sala de Aparelhos	19
1.3.4 Ginásio	19
2 Caracterização das Perturbações	20
2.1 Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais	20
2.1.1 Etiologia e Prevalência	22
2.1.2 Classificação	22
2.1.3 Características.....	23
2.2 Atraso Global do Desenvolvimento	27
2.2.1 Etiologia e Prevalência	28
2.2.2 Características.....	30

3	Psicomotricidade.....	31
3.1	Intervenção Psicomotora na DID e AGD	34
3.1.1	Contextos de Intervenção	35
4	Prática.....	41
4.1	Horário e Organização do Estágio.....	41
4.2	Avaliação	48
4.3	Estudo de Caso.....	54
4.3.1	Instrumentos de Avaliação.....	55
4.3.2	Procedimentos.....	59
4.3.3	Avaliação Inicial	59
4.3.4	Programa de Intervenção em Meio Aquático.....	60
4.3.5	Análise e Discussão dos Resultados.....	63
4.4	Atividades Complementares de Formação	71
	Conclusão.....	72
	Bibliografia.....	74
	Anexos.....	83

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Causas Possíveis de AGD Psicomotor (Ferreira, 2004).....	30
Tabela 2 - Horário Semanal da estagiária ao longo do ano letivo	42
Tabela 3 - Dados dos indivíduos em intervenção.....	45
Tabela 3 (cont) - Dados dos indivíduos em intervenção.....	456
Tabela 4 - Objetivos para a Intervenção no Meio Aquático	61
Tabela 5 - Planeamento de Sessão de Janeiro.....	62
Tabela 6 - Planeamento de Sessão de Junho.....	63
Tabela 7 - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação	64
Tabela 7 (cont) - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação	64
Tabela 7 (cont) - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação	64

Índice de Figuras

Figura 1 - Ornograma CERCICA (Cercica, 2010b;2010f).....	12
Figura 2 - Planta das Instalações da CerMov.....	15

Introdução

O presente relatório, no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, surge no contexto do Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais (RACP), doravante denominado por Estágio, que pode ocorrer em diversas áreas (Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora [NRMRP], 2016). O presente documento insere-se na área da Funcionalidade e Qualidade de Vida, sob a orientação da Professora Doutora Sofia Santos e da Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, a Dra. Joana Rodrigues.

O processo de Estágio, apesar de supervisionado e com orientação tutorial, desde a avaliação à intervenção, implica o desempenho autónomo do formando e, desta forma, de acordo com as NRMRP (2016), toda a atividade que se desenvolveu ao longo do ano letivo 2016-2017 teve como objetivos gerais (NRMRP, 2016):

- Dominar o conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, neste caso particular com pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), na vertente científica e metodológica, estimulando competências reflexivas multidisciplinares;
- Estimular a capacidade para planejar, gerir e coordenar serviços ou projetos de Reabilitação Psicomotora, em contextos e domínios de intervenção diversos; e
- Fortalecer a aptidão para contribuir, de forma inovadora, na criação e implementação de conhecimentos e práticas, assim como desenvolver novas perspetivas profissionais e políticas, de forma a desenvolver o enquadramento profissional e científico da área, através de um projeto de intervenção e/ou investigação no local de estágio.

Por outro lado, o Estágio objetiva, de forma mais específica, a promoção de aprendizagens e treino direcionados para a prática da atividade profissional, facilitando a inclusão no mercado de trabalho, recorrendo às competências adquiridas em (NRMRP, 2016):

- Intervenção psicomotora para a concretização da relação entre os saberes próprios da especialidade com as atividades profissionais associadas ao processo de intervenção, nomeadamente: avaliar e estabelecer perfis intraindividuais; elaborar, aplicar e avaliar programas no âmbito da reabilitação psicomotora; e reconhecer os fatores do contexto, que facilitam ou inibem a participação dos indivíduos nos mesmos, elaborando respostas;

- Relação com outros profissionais: participando nas avaliações, no desenvolvimento de planos/programas em equipa transdisciplinar, contribuindo para a qualidade de serviços prestados pela instituição onde o estagiário se insere; e
- Relação com a comunidade, desenvolvendo projetos e interagindo com os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos), na: orientação e aconselhar sobre intervenção psicomotora ao nível pessoal, familiar e comunitário; observação, análise, elaboração e dinamização de projetos; e a realização de eventos, de forma a divulgar as atividades de estágio e dinamizar a relação da instituição com a comunidade.

Desta forma, o presente relatório está assim organizado: dado o estágio se ter desenvolvido na Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (CERCICA), inicialmente será feita a apresentação e caracterização da instituição de acolhimento, para uma melhor contextualização da atividade da estagiária, conhecendo a sua missão, visão e princípios, bem como toda a sua organização e funcionamento. Ainda nesta perspetiva mais teórica, serão caracterizados os principais diagnósticos apresentados pelos clientes que usufruíram da intervenção psicomotora concretizada pela estagiária, destacando-se a DID e o Atraso Global do Desenvolvimento (AGD), uma vez que eram os dois tipos de perturbações diagnosticadas no maior número de clientes.

O segundo grande capítulo será dedicado à descrição da prática profissional propriamente dita como: organização da mesma, desde a primeira reunião formal; etapas de progressão da atividade da estagiária (e.g.: desde a observação inicial não sistemática até à intervenção autónoma); horário assumido pela estagiária; casos a quem foi prestado o apoio de intervenção psicomotora; e apresentação mais detalhada do estudo de caso, que servirá de exemplo mais pormenorizado e descritivo da restante atividade da estagiária. Para este efeito, será descrito o processo de avaliação e intervenção, para depois se proceder a uma discussão dos resultados obtidos. A listagem de outras atividades, que foram decorrendo ao longo do ano e que a estagiária teve oportunidade de participar, apesar de não estarem previstas inicialmente, antecederá o capítulo das conclusões e da reflexão pessoal onde se procurarão destacar as novas aprendizagens decorrentes da aplicação dos princípios teóricos lecionados nos anos anteriores, um balanço da atividade da estagiária, e uma reflexão dos ganhos pessoais e técnicos.

Enquadramento Teórico

1 Caracterização da Instituição

O estágio da mestranda decorreu na CERCICA e ao longo dos meses foi possível passar por várias fases e em diversos contextos com grupos distintos de clientes que beneficiavam da intervenção psicomotora. Para uma melhor compreensão do funcionamento da referida instituição será realizada em seguida a sua breve caracterização.

Cerca de 15% da população mundial tem algum tipo de deficiência, e a tendência é de que este valor continue a aumentar (OMS, 2011), decorrente das dificuldades das pessoas com perturbações de desenvolvimento em lidarem com as exigências do meio onde se inserem (Schalock et al., 2010). O paradigma atual baseia-se na ideia que com um perfil de apoios personalizado e ajustado quer às necessidades, quer aos desejos e aspirações individuais, a sua qualidade de vida (QdV) melhorará (CERCICA, 2010g; Luckasson et al., 2002; Schalock e Verdugo, 2002; Thompson et al., 2004).

É nesta visão que se encaixa o trabalho das Cooperativas para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI's), que pretende proporcionar oportunidades para a capacitação e funcionalidade destes indivíduos, para a sua participação social na sociedade (CERCICA, 2010g). A Federação Nacional das CERCI's (FENACERCI) surge como um órgão representativo e dinâmico no apoio às suas 53 associadas na sensibilização da população em geral sobre as necessidades das pessoas com DID e/ou multideficiência e suas famílias, com repercussão na definição das valências de apoios, ou na forma como as suas associadas trabalham per si ou entre si (Fenacerci, s.d.).

As CERCI's são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), e apareceram na segunda metade da década de 70, quando pais, técnicos e a comunidade em geral pretendiam colmatar alguns dos problemas com que as pessoas com DID se confrontavam na sua vida diária (Fenacerci, s.d.). Inicialmente, as CERCI's trabalhavam, principalmente, com crianças em idade escolar com necessidades educativas especiais (NEE), mas atualmente atendem direta ou indiretamente por volta de 8 mil pessoas, desde crianças a adultos com DID e/ou multideficiência (Fenacerci, s.d.). Uma destas cooperativas é então a CERCICA, local de acolhimento deste estágio, pelo que será caracterizada em seguida.

1.1 A CERCICA

A CERCICA surgiu no ano de 1976, a 11 de março, consequência do trabalho de pais, técnicos e outras pessoas com as mesmas preocupações, pela necessidade de oferecer

respostas ao nível da educação e da reabilitação social, e outros serviços complementares, a crianças e adolescentes com DID que não frequentavam o Ensino Regular (CERCICA, 2010i; CERCICA, 2010e).

1.1.1 História

Atualmente sediada no Livramento, no concelho de Cascais, a CERCICA foi desenvolvendo os seus serviços, i.e., criando e extinguindo, tendo por base as necessidades dos clientes, ao longo da sua vida, desafiando-os e promovendo atividades de inclusão em diversas áreas (e.g.: Educação, Formação e Emprego, Atividades Desportivas), estando hoje determinada em dar respostas ao novo grupo populacional com que se vai confrontando e que resulta do processo de envelhecimento dos seus clientes (e.g.: Apoio Residencial, entre outros) (CERCICA, 2010d). A sua abertura oficial foi a 27 de outubro de 1976, contando apenas com 15 clientes, sendo que em 1984 foi aprovada a sua adesão à Fenacerci (CERCICA, 2010a).

No momento atual, as instalações da CERCICA estendem-se ao longo de 5 hectares, englobando 3 edifícios e respetivos espaços verdes circundantes, 4 estufas, uma horta para produção de hortícolas para consumo interno e venda ao público, uma piscina, entre outros, onde congrega a quase totalidade dos serviços oferecidos (CERCICA, 2017a). Ainda de acordo com a mesma fonte, a instituição gere 3 apartamentos, em parceria com a Câmara Municipal de Cascais (CMC) que os cedeu, para efeitos de alojamento temporário e permanente dos seus clientes, estando previsto o alargamento das instalações para final de 2018, contando também com o apoio da CMC.

Ainda em 1976 foi criado o Centro Educativo-Terapêutico, e apesar de apenas entre 1993 e 1995 ter decorrido o Projeto P03 de “Acesso ao Emprego”, a CERCICA denotava já preocupação no âmbito da empregabilidade dos seus clientes, tendo a primeira contratação de um jovem com deficiência no mercado de trabalho ocorrido em 1989, integrando uma empresa de serração (CERCICA, 2016a). Posteriormente, em 1999, surgiu o programa empreendedor ViTal (Voluntários para os Tempos Livres), entre muitos outros projetos/respostas criados/as para promover a autonomia, igualdade de oportunidades e inclusão dos indivíduos (e.g.: 1988 – Equitação com Fins Terapêuticos; 2001 – Terapia Assistida por Animais; 2005 – Vela Adaptada) (CERCICA, 2010d).

Em 1991 abriu o Centro de Reabilitação Profissional e Cascais (CRPC), com 8 cursos de formação e 29 alunos e em 1997 teve início o enclave do emprego protegido na CMC, em que ingressaram 8 trabalhadores provenientes da instituição (CERCICA, 2016a).

Em 1998 foi construída a primeira empresa de inserção, que dedicava o seu trabalho a serviços de apoio domiciliário, e no ano seguinte surgiu a primeira residência da CERCICA, com capacidade para 6 clientes. Em 2000 iniciou-se a Intervenção Precoce, com 30 clientes, e em 2001 o Centro de Recursos do Centro de Emprego, atendendo 50 pessoas. Um ano depois surgiu o Centro de Recursos de Transição para a Vida Ativa, onde participavam 30 pessoas, e foi criada também a empresa de inserção focada na produção e manutenção de jardins (CERCICA, 2016a).

Em 2004 foi criado o Núcleo Terapêutico de Atividades Motoras (NTAM), conhecido desde 2014 como CerMov, e no ano seguinte, iniciou-se o projeto “Vela sem Limites” (CERCICA, 2016a). No ano de 2007 foi dado um passo importante e a CERCICA assumiu a presidência da Comissão para a Pessoa com Deficiência de Cascais. Um ano depois, foi criada a Editora CERCICA e lançado o 1.º livro “O segredo do Sol e da Lua”, que integra uma coleção de 4 livros. Em 2009 iniciou-se o Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) e em 2010 a Formação Profissional, com dupla certificação (9.º ano) em cursos de jardinagem, empregado/a de mesa e cozinheiro/a (CERCICA, 2016a).

No ano de 2011 a CERCICA recebeu: a Certificação de Qualidade EQUASS ASSURANCE e Atribuição da Bandeira Verde 2011, e o Galardão Eco-Escola. O Centro de Recursos às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para a Inclusão surgiu a 2012, e em 2013 foi inaugurado o Centro de Terapias Assistidas por Animais. Em 2014 foi inaugurado o pavilhão de jardinagem, em que estavam inseridos 20 jovens, e no ano de 2015 entrou em funcionamento o gabinete de inserção profissional inclusivo, na loja de Cascais (CERCICA, 2016a).

Deste modo, e em 2016 a CERCICA contava com 2451 “apoiantes”, desde colaboradores a clientes (CERCICA, 2016a): 193 Colaboradores; 25 Voluntários; 37 Parceiros; 333 Sócios; e 1863 Clientes. De acordo com o Plano de Atividades e Orçamento de 2017, que pretendia a continuidade do trabalho que vinha a ser desenvolvido anteriormente, i.e., a participação social das pessoas a quem presta apoio focada na sustentabilidade organizacional, a CERCICA delineou como principais objetivos estratégicos a análise da reorganização das suas instalações para uma resposta de outros serviços e de uma maior qualidade aos clientes que apoia, otimizando as respostas empreendedoras e renovando a Certificação EQUASS nas várias respostas sociais (CERCICA, 2017b).

A CERCICA tem oferecido respostas e soluções para indivíduos com DID e para a comunidade em geral, tendo uma missão e uma visão muito própria, regendo-se assim por uma série de valores para atingir objetivos.

1.1.2 Missão, Visão e Valores

A CERCICA dedica particular atenção à qualidade, trabalhando sempre para se desenvolver e melhorar de forma contínua, comprometendo-se efetivamente com os seus colaboradores (CERCICA, 2010h). Assim, a **missão** da instituição passa por “promover, de forma sustentada e num contexto profissional de excelência, a qualidade de vida e a inclusão” (CERCICA, 2017b, p. 3) de indivíduos com DID, trabalhando em parceria com famílias, entidades públicas, entidades empregadoras, entre outras (CERCICA, 2013; CERCICA, 2010e). A sua **visão** é “ser uma instituição de referência, no âmbito da habilitação e capacitação” (CERCICA, 2013, p. 3) de indivíduos com DID, criando oportunidades de inclusão na prática autónoma de uma plena cidadania (CERCICA, 2013; CERCICA, 2010e). A missão e a visão da CERCICA têm presentes os seus valores, que ajudam a que as respostas de intervenção sejam um sucesso (CERCICA, 2013; CERCICA, 2010e):

- **Respeito:** Identificar e valorar os direitos e deveres de todos os indivíduos que são parte integrante da instituição (clientes, famílias e colaboradores);
- **Inovação:** Projeto para alterar a realidade, de forma a possibilitar respostas eficazes, pela partilha e criatividade, que estimulem a reflexão;
- **Transparência:** Gerir rigorosamente e de forma honesta as atividades, para o funcionamento, as práticas e as decisões serem transmitidas de forma clara e precisa;
- **Responsabilidade:** Tomar decisões e agir em conformidade com a missão, a visão e os valores da CERCICA. Esta diz respeito a todos, sendo própria das suas funções, num ambiente de trabalho de equipa;
- **Confiança:** Acreditar nas capacidades e no potencial, tanto de clientes como de colaboradores, relacionando-se com estes e comunidade, honrando sempre os compromissos; e
- **Empreendedorismo:** Arriscar a concretização de projetos inovadores, que resultem como resposta às necessidades da sociedade inclusiva, em parceria e de forma sustentada.

Estes princípios foram uma constante ao longo de toda a intervenção da estagiária, no respeito mútuo quer com os clientes e suas famílias, quer com os colaboradores da CERCICA, procurando sempre atividades inovadoras e que motivem os clientes para a intervenção psicomotora, e num clima de confiança.

1.1.3 Políticas Organizacionais

A CERCICA rege-se por um conjunto de políticas organizacionais, destacando-se (CERCICA, 2017b):

- **Política de Confidencialidade e Segurança da Informação** comprometendo-se a salvaguardar todos os direitos e deveres dos clientes e famílias (e.g.: os próprios têm sempre um papel ativo na seleção dos apoios a beneficiar) e dos seus colaboradores no âmbito ético garantindo a confidencialidade dos dados pessoais e preservando sempre o consentimento informado por parte dos próprios em todas as atividades preconizadas pela instituição; acresce ainda a premissa de atuar como fonte de consciencialização e construção social, divulgando em linguagem acessível esta política que é revista de dois em dois anos por todos os intervenientes;
- **Política de Comunicação:** baseada nas diretrizes do plano estratégico da instituição através da promoção de uma articulação entre todos os seus serviços e respostas proporcionados, com a própria comunidade (incluindo a imprensa), criando condições para que todos os interessados sejam ouvidos e acedam a toda a informação pertinente sobre projetos e atividades planeadas. Para este efeito é utilizada uma linguagem acessível e simples, de forma a promover a comunicação dinâmica com os colaboradores para o seu empenho e motivação na sua atividade profissional para a aquisição dos objetivos estratégicos estabelecidos, ao mesmo tempo que visa criar espaços para troca e partilha de experiências com a comunidade através da informação sobre a DID e sobre a instituição; além disso, a CERCICA dinamiza ações e eventos de sensibilização da comunidade;
- **Política de Qualidade:** no sentido em que atuando como instituição de referência no âmbito da capacitação de pessoas com DID e/ou multideficiência, elabora e implementa projetos em parceria com outras entidades da comunidade nos mais variados domínios (educação, empregabilidade, atividades ocupacionais, entre outras). Está visível e presente a preocupação com a certificação a qualidade dos serviços que presta, que se pretendem de excelência, na adequação às características dos clientes e suas famílias, e facilitadoras da sua participação social e do direito à cidadania e que resultam de uma reflexão contínua de melhoria permanente através

de procedimentos de auto-avaliação e avaliação externa; a qualificação e motivação dos colaboradores é outra vertente desta política que procura a co-responsabilização de todos os intervenientes na resposta eficaz aos desafios com que se vão deparando e em rede comunitária;

- **Política de Prevenção e Intervenção em Situações de Violência, Negligência, Abuso e Maus-Tratos:** diretamente relacionada com os direitos dos seus clientes e pretendendo a diminuição de qualquer ato discriminatório, nas suas várias vertentes (e.g.: violação, negligência, abuso ou maus-tratos) perspetivando a dignidade de todos através de medidas de prevenção, destes eventos menos positivos, da constante consciencialização para os mesmos e da formação de todos os prestadores de cuidados (colaboradores e familiares) para uma intervenção atempada e de qualidade; ou de avaliação ética e rigorosa de eventuais casos que ocorram na prestação de apoios;
- **Política de Recrutamento e de Seleção:** baseada nos princípios de *Igualdade de oportunidades* para todos os candidatos; *Não discriminação* na seleção dos mesmos, baseando as escolhas em critérios profissionais e não características pessoais (e.g.: idade, género, orientação sexual, património genético, deficiência, origem étnica ou raça, entre outros); para a *Promoção e Valorização do Ajustamento* do perfil do candidato à função e à equipa para um trabalho de maior qualidade; *Confidencialidade* no tratamento dos dados dos potenciais candidatos; e *Rigor* em todos os procedimentos que se encontram documentados em protocolos de avaliação; e
- **Política de Voluntariado:** valorizando a componente voluntária para a responsabilidade social visando a sustentabilidade da comunidade e reconhecendo o seu contributo no impacto da organização e bem-estar de todos, reforçado pelo acolhimento de qualidade por parte dos colaboradores e clientes.

Além disso, a CERCICA defende o bem-estar e o desenvolvimento, quer pessoal quer social, dos clientes e respetivas famílias, utilizando os seus conhecimentos sobre necessidades educativas e recursos que se adequem às ambições e fase de vida dos indivíduos com DID, comprometendo-se com a (CERCICA, 2013): **Unicidade**, uma vez que cada pessoa tem o seu valor próprio e único, merecendo reconhecimento e respeitando a sua liberdade, dignidade, diferença e privacidade; **Autorrealização**, pois cada indivíduo tem o direito à mesma, se não interferir de forma negativa com o direito dos outros, e com o compromisso de respeitar e contribuir para o bem-estar comum; **Responsabilidade**, sendo esta partilhada entre a CERCICA e as famílias/significativos, relativamente à sua intervenção; **Equidade**, através do contributo para o justo

funcionamento da instituição, de forma a oferecer os benefícios mais adequados aos interessados; e **Inclusão**, através da procura constante de inclusão, no desenvolvimento das suas ações e no cumprimento das suas funções.

Este conjunto de princípios foi também aplicado ao trabalho ao longo do estágio, reconhecendo a especificidade individual na sua contextualização familiar, institucional e comunitária, e procurando a promoção da participação de cada um no dia-a-dia institucional, assumindo a responsabilidade partilhada com a família e com o cliente ao longo das ações e decisões adotadas ao longo da intervenção. A CERCICA providencia, assim, diversos serviços, de forma a abranger o máximo de faixas etárias e diferentes características individuais de cada cliente, i.e., áreas fortes e a promover, e respetivas famílias (Fenacerci, s.d.).

1.1.4 Organograma

Atualmente, após todos os ajustes realizados ao longo dos 40 anos, a organização da CERCICA está apresentada na figura 1 (CERCICA, 2010f).

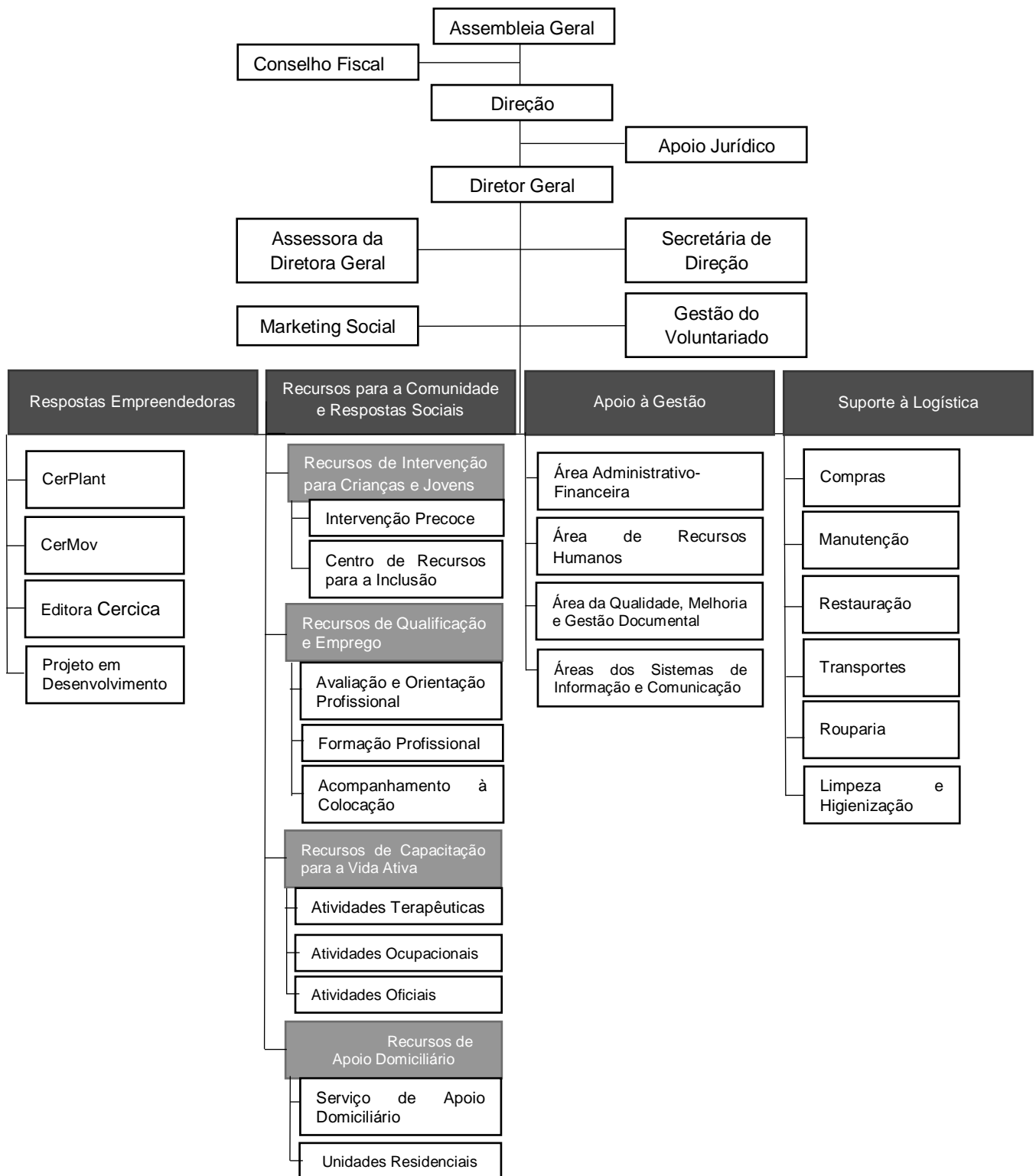


Figura 1 - Ornograma CERCICA (Cercica, 2010b;2010f)

1.2 A Intervenção e as Respostas da CERCICA

A CERCICA organiza as suas respostas em: *Respostas Sociais e Recursos para a Comunidade* e *Respostas Empreendedoras*. As Respostas Sociais e Recursos para a Comunidade organizam-se da seguinte maneira (CERCICA, 2016c; CERCICA, 2017b):

- **Recursos de Intervenção para Crianças e Jovens** destinados a crianças e jovens com NEE, através de intervenções especializadas e terapêuticas, relacionados com o trajeto educativo. Desta forma, dispõe de *Intervenção Precoce (IP)*, que se destina a crianças entre os 0 e os 6 anos, e respetiva família, que se encontram em risco de alterações, ou atraso no desenvolvimento, ou com alterações nas funções e estruturas do corpo, promovendo apoio integrado e baseando-se em ações preventivas e reabilitativas, de forma a potenciar o seu desenvolvimento; e *Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)*, que se destina a crianças e jovens com NEE, promovendo meios técnicos e recursos humanos especializados, que facilitam o desenvolvimento das crianças e jovens, na escola, obtendo a total inclusão;
- **Recursos de Qualificação e Emprego** que se destinam a indivíduos com DID, através da sua avaliação, orientação, formação profissional e acompanhamento potenciando o acesso, a conservação e o progresso no emprego, e promovendo a sua inclusão. Neste grupo, pode encontrar-se a *Avaliação e Orientação Profissional*, para os indivíduos inscritos no Centro de Emprego, consistindo na oferta de informações, avaliações e orientação profissional, de forma a auxiliar a tomada de decisões vocacionais o mais adequadas possíveis para a sua inserção no mercado de trabalho; a *Formação Profissional (FP)*, que consiste no desenvolvimento de ações de formação e qualificação profissional, destinadas a potenciar o acesso ao emprego; e o *Acompanhamento à Colocação*, para a sua inserção no mercado de trabalho, através de ações de apoio à sua colocação e o posterior acompanhamento, através de apoio técnico;
- **Recursos de Capacitação para a Vida Ativa/Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)** que se centra em indivíduos com DID, com idade superior a 16 anos de idade, através da elaboração de atividades, de forma criativa e inovadora, potenciando as suas capacidades, QdV e bem-estar. Neste campo, a CERCICA disponibiliza *Atividades Terapêuticas*, para os clientes com maior dependência, na realização de atividades no âmbito da manutenção de capacidades e QdV; *Atividades Ocupacionais* com o objetivo de manter e/ou desenvolver capacidades e autonomia nos clientes; e *Atividades Oficiais* através de atividades que, tal como as ocupacionais, objetivam a

manutenção e desenvolvimento de capacidades, competências e autonomia, mas pela criação de produtos e produção de bens, que favoreçam a inclusão;

- **Recursos de Apoio Domiciliário e Alojamento** para indivíduos com DID, através da prestação de cuidados individualizados, na habitação ou residências. Estes recursos são compostos por *Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)*, através de cuidados individualizados na habitação, colaborando para a autonomia e QdV; e *Unidades Residenciais (UR)* que consiste no alojamento e cuidados individualizados e personalizados, a indivíduos com deficiência, com idade superior a 16 anos de idade, de forma a satisfazer as suas necessidades e contribuir ao mesmo tempo para a sua autonomia e QdV.

As Respostas Empreendedoras organizam-se em (CERCICA, 2017; CERCICA, 2016c):

- **CerPlant** com o intuito de inserir os indivíduos com DID na comunidade através da jardinagem, criando plantas ou projetando, produzindo e mantendo espaços verdes, com sustentabilidade económica e ambiental;
- **CerMov**, para indivíduos com DID, ou para o público em geral exterior à CERCICA, onde são desenvolvidas intervenções terapêuticas e lúdico-recreativas, que promovem a saúde e a condição física, melhorando a QdV e cidadania;
- **Editores CERCICA**, onde se trabalha para edição de livros com conteúdos educativos e lúdicos, destinados a todo o público, promovendo uma sociedade inclusiva; e
- **Outros Projetos** com vista à criação de respostas e projetos sustentáveis, a nível social, ambiental e económico, colaborando para a evolução local e para uma sociedade inclusiva.

Incluída nas Respostas Empreendedoras, a CerMov é o serviço onde a prática de Estágio se insere, no âmbito da Reabilitação Psicomotora, desenvolvendo respostas terapêuticas e de atividade motora para toda a comunidade, razão pela qual será mais descrita em seguida.

1.3 CerMov – Atividades Terapêuticas e Motoras

A CerMov, anteriormente denominada de Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM), alterou a sua denominação de forma a traduzir todo o trabalho desenvolvido a nível motor e terapêutico, começado em 2004 (CERCICA, 2010c). A CerMov conta com uma equipa especializada e multidisciplinar de técnicos e outros profissionais (Rodrigues,

2016): 1 Coordenadora; 1 Terapeuta da fala; 4 Fisioterapeutas; 7 Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER's); e 4 Vigilantes, englobando um vasto leque de serviços disponíveis: intervenção precoce, educação especial, formação profissional, atividades ocupacionais, unidade residencial, apoio domiciliário, emprego protegido, entre outras (ATL Especializado, Editora Gráfica, CER Garden, CER Jardim, CER Plant).

1.3.1 Tipos de Intervenções e Terapias CerMov

A CERCICA tem vários espaços (Figura 2), e disponibiliza algumas das atividades para a comunidade, em meio aquático e ginásio/gabinete, e para além destas, há ainda atividades que não estão disponíveis à comunidade, realizadas no exterior.



Figura 2 - Planta das Instalações da CerMov

As **atividades no meio aquático** (CERCICA, 2016b; Rodrigues, 2016) abrangem: Psicomotricidade em Meio Aquático; Hidroterapia; Hidroginástica e HidroSénior; Fisioterapia Aquática; Natação adaptada; Natação para bebés e crianças (a partir dos 6 meses) e Natação para adultos. Quanto às **atividades em ginásio** (CERCICA, 2016b; Rodrigues, 2016) existem: Psicomotricidade; Atividade Motora Adaptada; Dança Adaptada; Expressão Corporal; Pilates Clínico; Educação Física; Dança para Crianças (dos 4 aos 12 anos). Nas **atividades em gabinete** (CERCICA, 2016b; Rodrigues, 2016) existe: Terapia da Fala; Fisioterapia; Terapia Familiar e Psicologia.

Cada atividade e contexto de intervenção referido tem objetivos específicos. Na Psicomotricidade em Meio Aquático, são trabalhados diversos domínios, de forma a estimular competências sociais/relacionais, ou aptidões mais relacionadas com o âmbito motor e/ou cognitivo. Estes objetivos são estipulados em conjunto com os clientes e famílias, para que seja sempre parte integrante e participativa do processo de intervenção. Na hidroginástica e hidrosénior (anexo C) são trabalhados diversos objetivos comuns, entre eles a melhoria de capacidades funcionais e musculares e de funções cardiovasculares e sanguíneas. Por outro lado, ajuda ainda a adquirir uma postura correta, a melhorar a coordenação e equilíbrio e estimula o espírito lúdico e de socialização. A fisioterapia aquática faz com que os benefícios do meio sejam potencializados, melhorando o estado de saúde, o nível mental e funcional, bem como a qualidade de vida (CERCICA, 2017).

Entrando na área da natação, a natação adaptada tem o objetivo de estimular a prática da natação, melhorando, por conseguinte, a condição física e a qualidade de vida. Já na natação para bebés e crianças os objetivos são de adaptação ao meio, promovendo o desenvolvimento psicomotor, seguindo para a iniciação aos estilos e à consolidação dos mesmos. Falando da natação para adultos, mais uma vez os objetivos são de promoção de bem-estar e saúde física (CERCICA, 2017).

Nas atividades em ginásio os objetivos diferem. Nas sessões de psicomotricidade procura-se intervir nos sete fatores psicomotores, nas dificuldades de aprendizagem de processos simbólicos, na gestão dos processos de atenção, nos problemas de memória e perceção, emocionais, de autorregulação do comportamento e nas funções executivas (e.g.: capacidade de planeamento). Em pilates clínico, uma atividade diferente, trabalha-se para aumentar toda a estabilidade lombar, pélvica e abdominal, bem como a prevenção de lesões na coluna e reabilitação quando as mesmas existem (CERCICA, 2017).

Em gabinete, existe a fisioterapia para habilitar ou reabilitar indivíduos com algum tipo de problemas físicos e/ou mentais, de forma a que atinjam o máximo de funcionalidade, promovendo a qualidade de vida. Com a terapia familiar procura-se trabalhar competências para se reagir a situações de dificuldade, abrindo caminhos para uma dinâmica familiar agradável a todos os que para esta possam contribuir. Por fim, na psicologia são fortalecidos mecanismos psíquicos individuais, para que se atinja o reequilíbrio e se ganhem novas competências (CERCICA, 2017).

O ATL Especializado/ Programa de Promoção de Autonomia e Funcionalidade “À Tarde na CERCICA”, é um programa que não se insere em nenhum dos grupos, uma vez que se realiza em diversos sítios. O horário dos alunos passa por aulas em ginásio, na sala

de aparelhos, na sala com atividades de mesa ou ainda com a preparação dos mesmos para as suas aulas na piscina, de forma a trabalhar a sua autonomia no balneário, através do *transfer* das atividades realizadas em sala (CERCICA, 2016b; Rodrigues, 2016).

Relativamente aos **programas/projetos realizados no exterior**, estão disponíveis (CERCICA, 2016b; Rodrigues, 2016):

- *Surf na CERCICA*: O projeto nasceu do balanço bastante positivo da participação dos clientes do CAO no batismo de surf, organizado pela FENACERCI, no Rip Curl PRO 2010 e 2011. A equipa que assegura a modalidade é composta por dois Treinadores de Surf e uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), centrando-se no ensino da mesma, bem como transmitindo os princípios ecológicos de respeito pela natureza, e pelo outro (CERCICA – Surf, 2015). Uma vez que o surf implica material técnico (pranchas e fatos) e espaço físico para mudança de roupa, a CERCICA trabalha em parceria com a Surfing Clube Portugal (CERCICA – Surf, 2015). Os treinos de surf são ajustados às capacidades de cada participante e/ou climatéricas e marítimas e caso não sejam favoráveis, o treino decorre nas instalações da CERCICA (piscina) (CERCICA – Surf, 2015);
- *Oh Gui*: Foi criado em 2012 para proporcionar aos jovens a oportunidade de praticarem de forma regular a modalidade de rugby, uma vez que este promove a saúde física e mental (CERCICA – Oh Gui, 2013). Os treinos de rugby foram dados por dois treinadores e um Técnico do Cascais Rugby, com a presença de uma fisioterapeuta do Clube e dois técnicos, uma da CERCICA e um do CRID, uma vez que nos treinos estarão jovens da CERCICA e do CRID (CERCICA – Oh Gui, 2013). Desta forma, visa-se, ainda, promover valores como a integridade, solidariedade, disciplina e respeito, imprescindíveis para o jogo (CERCICA – Oh Gui, 2013);
- *Vela Sem Limites*: O projeto de vela adaptada conta com participantes de escolas provenientes de agrupamentos de escolas de Cascais, e instituições de apoio a pessoas com deficiência do concelho (CERCICA, CRID, Pisão, Lar da Alapraia e Lar da Boa Vontade). Assim, este projeto visa proporcionar a prática da modalidade de vela adaptada, numa perspetiva lúdica, terapêutica e de competição desportiva;
- *Equitação Terapêutica*: visa promover o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos com DID, através de aulas de equitação terapêutica semanais, contando com a participação de 11 clientes do CAO e 3 colaboradores da CerMov;

- *Nada Lá*: este projeto foi criado com o objetivo de aumentar as habilidades de natação, e de entrar em competição; os participantes têm entre os 20 e os 40 anos, e são acompanhados por um técnico e um monitor; e
- *CERCICA Clube*: este projeto visa promover a prática de desporto, neste caso futebol, como forma de estimulação das capacidades físicas e motoras, cognitivas, de compreensão de regras de autonomia e de cooperação, destinando-se aos jovens com DID, com idades superiores a 16 anos de idade, que frequentem ou já tenha frequentado a CERCICA.

A CERCICA só tem possibilidade de oferecer todas as respostas e projetos supracitados e sucintamente descritos devido aos seus apoios e parcerias. Tal como a própria CERCICA (2010a) defende, estas parcerias adicionam valor às atividades desenvolvidas por ambas as partes, uma vez que uma parceria requer a colaboração das entidades em questão, de forma a alcançarem objetivos comuns, e assim contribuem para uma sociedade inclusiva, estimulando a participação das diversas entidades envolvidas. A CERCICA conta assim com todo o tipo de parcerias e apoios, conjugando esforços de todos os tipos: pessoas com deficiência, famílias, empresas, organizações governamentais e não-governamentais. Desta forma é possível sensibilizar a sociedade para questões como a inclusão (CERCICA, 2010a). Destacam-se assim algumas das entidades financiadoras de estruturas: Câmara Municipal de Cascais, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Segurança Social, Fundo Social Europeu, entre outras (CERCICA, 2010a). No âmbito das parcerias financiadoras de projetos podem ser apontados: Associação D. Pedro V, Montepio, CMC, Instituto Nacional para a Reabilitação e a Lusitânia – Grupo Montepio (CERCICA, 2010a). A CERCICA é também parceria de várias organizações como Associação Hípica de Cascais, do Banco de Voluntariado de Cascais, CPD – Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais, Clube Português de Canicultura, FENACERCI, Lisboa e do Special Olympics, entre outros (CERCICA, 2010a).

Dada a enorme variabilidade de respostas e projetos oferecidos pela CERCICA-CerMov, são utilizados diversos espaços, tanto da instituição como exteriores à mesma, pelo que as instalações utilizadas nas atividades da CerMov serão apresentadas em seguida, sendo descritos, por observação direta, os mais utilizados pela estagiária (CERCICA, 2016; Rodrigues, 2016) - o ginásio de fisioterapia e o gabinete para atividades terapêuticas e os exteriores (Rodrigues, 2016), como a piscina Municipal da Abóboda para o Projeto Nada lá, o picadeiro da Associação Hípica Terapêutica do Clube de Campo D.

Carlos, a Surf in Club Portugal, o grupo Dramático e Sportivo de Cascais para o Projeto Oh Gui e o Clube Naval de Cascais.

1.3.2 Piscina

A piscina, com água aquecida (aproximadamente 32º) é um espaço situado nas instalações da CerMov, e tem de dimensões 15mx9m, com uma profundidade entre os 90cm e os 110cm, sendo composta por 4 pistas. O seu acesso é feito pelos balneários (feminino e masculino), encontrando-se ao dispor de todos os clientes (internos e externos) permitindo aos utilizadores o estacionamento acessível. Em termos de recursos materiais, a piscina tem um elevador de transferência e encontra-se equipada com materiais específicos de natação (e.g.: colchões, pranchas, *pullbuoys* ou rolos), e com outros materiais que facilitam a aprendizagem (e.g.: jogos de encaixe, jogos de representação, pinos e bastões para a criação de percursos ou escorrega). Tem ainda duas salas, uma com computador e telefone, no caso de ser necessário, e para utilização de colaboradores apenas, e outra de arrumação de alguns materiais (e.g. steps) e do sistema de som. Neste espaço decorrem as aulas referidas no sub-capítulo anterior, ao referir as atividades no meio aquático.

1.3.3 Sala de Aparelhos

Encontra-se numa zona mais central da CERCICA, com luz artificial, uma vez que se encontra num piso inferior, sendo o seu acesso pelas escadas. A sala é composta por diversos materiais de exercício: 2 bicicletas (cicloergómetros), um step, um remo ergómetro, três passadeiras elétricas e uma elíptica. Tem ainda materiais que facilitam a realização de outros exercícios, como abdominais ou agachamentos (e.g. bancos suecos, colchões e pesos). Este é, então, um espaço utilizado para a prática de Educação Física Adaptada aos clientes com DID, sendo aqui desenvolvido um trabalho de atividade física mais direcionada para a condição cardiovascular e de força muscular. Contrariamente ao que acontece com o espaço do ginásio e da piscina, a sala de aparelhos é utilizada apenas pelos clientes internos da CERCICA.

1.3.4 Ginásio

O ginásio da CERCICA, situa-se no espaço da CerMov. Por observação, apresenta-se como um espaço amplo, com luminosidade natural (e.g. porta de comunicação com o exterior, em vidro; janelas horizontais), bem como com outras fontes de luz artificial. O espaço é acessível, podendo chegar-se até aqui tanto pelos balneários, como pela porta de entrada principal (que dá acesso ao hall de entrada da CerMov). Relativamente ao material que pode ser utilizado, destacam-se o espelho que ocupa a totalidade de uma das

paredes, os espaldares, colchões, bancos suecos, steps, pinos, sinalizadores, bastões, pesos, arcos, alteres, bolas variadas (de diferentes modalidades desportivas, tamanhos, pesos, cores e texturas), blocos de espuma de vários tamanhos e cores, tabelas de basquetebol, raquetes, mesa de ténis-de-mesa, triciclos, cordas, vários puzzles e jogos de encaixe, mesa e cadeiras, aparelhagem (na arrecadação com colunas para o espaço do ginásio), entre outros. Ao ser um espaço versátil, é utilizado para uma série de atividades, tanto para clientes internos da instituição, desde a Atividade Motora Adaptada, às sessões de intervenção psicomotora individual ou em grupo, passando pelo trabalho de Expressão Corporal e Dança, como para os clientes externos, com aulas de variadas modalidades de atividade física, como Localizada (tonificação muscular, com benefícios ao nível da coordenação motora, flexibilidade e capacidade respiratória) e Pilates (trabalho muscular ao nível postural, de flexibilidade, força e resistência; benefícios em termos de diminuição da tensão e stress) (CERCICA, 2010).

Concluída a apresentação organizacional e espacial da CERCICA-CerMov, seguidamente proceder-se-á à caracterização do principal diagnóstico, apresentado no processo clínico dos clientes com —quem se interveio no âmbito da intervenção psicomotora. Esta apresentação é feita numa dupla perspetiva: inicialmente, será concretizada a revisão da literatura para um aprofundamento das evidências neste campo, para em seguida se proceder à caracterização dos mesmos do ponto de vista pessoal e observável nas sessões psicomotoras, tendo sendo em consideração que apesar da identificação de características comuns a um único diagnóstico, a manifestação das mesmas é influenciada por fatores pessoais e envolvimentoais que diferenciam o perfil “fenotípico-comportamental”.

2 Caracterização das Perturbações

2.1 Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Na década de 70 do século XX, ocorreram inúmeros avanços ao nível da evolução do conceito da, até então, Deficiência Mental, fazendo a diferença na sua compreensão. O termo foi considerado pouco rigoroso (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a), o comportamento adaptativo foi formalizado enquanto critério de diagnóstico (Luckasson et al., 2002) e as avaliações da inteligência e das competências adaptativas mudaram a sua

linha de corte para dois ou mais desvios-padrão abaixo da média (Luckasson et al., 2002; Morato e Santos, 2007; Schalock et al., 2007b).

Nas várias traduções, e baseados na ideia do termo de *Deficiência* ser estigmatizante, remetendo para ideias de imperfeição e irrecuperabilidade, com impacto negativo a nível social (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a), levando à descredibilização deste subgrupo (Santos, 2010), surge uma nova proposta a nível nacional de *Dificuldade Intelectual e Desenvolvemental* (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). Esta mudança para Dificuldade parece ser mais adequada e em linha com a nova conceção funcional de DID, menos estigmatizante, e demonstrando a possibilidade de evolução se com os apoios personalizados. Os autores acrescentam, ainda, a atual confusão e falta de consenso nas várias nas traduções portuguesas dos termos internacionais, i.e.: confrontar com as Dificuldades de Aprendizagem que derivam do original *Learning Disability* e da terminologia anterior de Deficiência Mental que traduzia *Mental Retardation* e da atual nomenclatura de Deficiência Intelectual assumida pela lei que vem traduzir *Intellectual Disability* (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a). A alteração para Intelectual, deve-se ao facto da avaliação cognitiva recair sobre fatores intelectuais (e.g.: verbal e numérico) do indivíduo, implícitas no conceito do funcionamento da inteligência, que se verifica mais analítico que o conceito de mente, ou mental (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a), sendo um termo consensual da diversidade de terminologia.

A DID define-se, então, como limitações concomitantes ao nível cognitivo e do comportamento adaptativo, que devem ser diagnosticadas até aos 18 anos de idade e que se expressam nas habilidades concetuais, práticas e sociais (American Psychiatric Association [APA], 2013; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010). A avaliação cognitiva, tal como a adaptativa, deve basear-se na aplicação de instrumentos validados para o efeito (APA, 2013; Schalock et al., 2010; Tassé et al., 2012).

Ainda neste âmbito, vários autores (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2012; Morato e Santos, 2007; Schalock et al., 2007b) relembram que a avaliação deve considerar os contextos típicos do envolvimento do indivíduo, de acordo com os valores culturais e a faixa etária, sendo que qualquer pessoa não se caracteriza apenas pelas dificuldades, mas também pelas capacidades, objetivando-se o desenvolvimento de um perfil de apoio que permita a identificação dos serviços e apoios personalizados a providenciar e que procurem melhorar a funcionalidade e a participação social do indivíduo com DID. A nova terminologia e definição da DID foca-se e sublinha a relação entre as

competências intelectuais e as capacidades adaptativas do indivíduo, que irá otimizar e potencializar o funcionamento dos indivíduos, devido às influências do contexto e apoios (Santos e Morato, 2012a).

2.1.1 Etiologia e Prevalência

O conhecimento da etiologia de qualquer perturbação assume um impacto decisivo não só ao nível da sua identificação, que se pretende o mais precoce possível, como também na sua prevenção e decisões ao nível dos apoios e dos eventuais tratamentos (Harris, 2006; Percy, 2009; Schalock et al., 2010). Neste sentido, podemos apontar a abordagem pluri-etiológica (Katz e Ponce, 2008; Schalock et al., 2010) e a abordagem que se baseia no período de ocorrência (Harris, 2010). Assim, para o autor, os agentes causais podem classificar-se como pré-natais se se manifestarem antes do nascimento e durante o momento de gestação, peri-natais, na altura do parto/nascimento e no período imediato ao mesmo, e pós-natais, quando a causa ocorre durante o período de desenvolvimento.

A abordagem pluri etiológica agrupa as numerosas causas em quatro grandes categorias (Harris, 2006; Harris, 2010; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007; Katz e Ponce, 2008; Schalock et al., 2010): biomédicas envolvendo as questões biológicas, hereditárias-cromossómicas e genéticas (e.g.: mutações); as sociais, que envolvem a qualidade de estimulação do contexto (e.g.: pobreza); as que se encontram relacionadas com as comportamentais para com a pessoa (e.g.: negligência ou abuso por parte dos prestadores de cuidados); e educativas onde a adequação dos apoios educativos emergem como um dos principais fatores a considerar.

2.1.2 Classificação

No momento atual, e apesar da diversidade de sistemas de classificação existentes no campo da DID, serão focados os que se aplicam mais a nível nacional. Segundo a World Health Organization (WHO, 2015), e no âmbito da *International Classification of Diseases* (IDC – 10) a classificação de DID resulta da avaliação centrada nos parâmetros do Quociente de Inteligência (QI), mantendo as tradicionais categorias de **ligeira** (QI entre 50 e 69); **moderada** (QI entre 35 e 49); **severa** (QI entre 20 e 34); e **profunda** (QI abaixo de 20). Corroborando esta perspetiva, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) mantém a mesma categorização apesar de se referir às funções e estruturas do corpo, tentando contextualizar essa “deficiência” no âmbito das limitações da atividade com restrição à participação, que por sua vez, é influenciada por fatores pessoais e contextuais. A última edição do *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5) (APA, 2013) também inova, mantendo a mesma categorização, mas referindo, pela primeira vez, que o nível de severidade se baseia nas características adaptativas, e não intelectuais.

A mais recente classificação é no âmbito do novo paradigma na área da DID (Luckasson et al., 2002; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009) considera o tipo e a frequência de apoios necessários no quotidiano, pelo que o sistema de categorização muda o seu foco das dificuldades da pessoa para o tipo de apoios necessários para a funcionalidade diária e participação social: **intermitentes**, se necessários apenas de forma episódica; **limitados**, se necessários de forma contínua e com intensidade mais consistente; **extensivos**, se necessários de forma regular; e **permanentes**, se necessários com intensidade elevada e de forma permanente.

A DID é caracterizada por dificuldades intelectuais e adaptativas (Schalock e Luckasson, 2004), realçando-se, no entanto, que nem todos os indivíduos com DID têm as mesmas dificuldades, dada a diversidade de variáveis que influenciam o desenvolvimento do sujeito (e.g.: qualidade de interação com o envolvimento, grau de severidade da perturbação - WHO, 2007). Contudo, e visando um maior aprofundamento do conhecimento na área serão agora reportadas as características apresentadas na literatura para posteriormente se poder caracterizar melhor os clientes com quem se interveio.

2.1.3 Características

No domínio das competências concetuais, as dificuldades dos indivíduos com DID centram-se na memória verbal de curto prazo, na capacidade simbólica, na capacidade de representação e abstração, na inibição e autorregulação de comportamentos impulsivos, na manutenção da atenção e concentração (Steele, Cornish, Karmiloff-Smith e Scerif, 2012; Kirk, Gray, Riby e Cornish, 2015), e na sequencialização do processamento. Para além destas, são distinguidas ainda as alterações na regulação da atenção, baixa tolerância à frustração, falta de motivação e perseverança, desorganização do pensamento e assincronia do desenvolvimento cognitivo (Burack, Hodapp e Zigler, 1998) e Van Wingerden, Segers, Van Balkom e Verhoeven (2014) acrescentam ainda as dificuldades no raciocínio abstrato. O compromisso na memória verbal de curto prazo e as dificuldades em manter a atenção e a concentração na tarefa são outras das características apontadas na literatura (Burack et al., 1998; Kirk et al., 2015; Schalock et al., 2012).

A assincronia na trajetória desenvolvimental está associada a limitações ao nível da abstração e na capacidade de sequencialização do processamento de informação e de

planificação (causa-efeito), com repercussões na maior limitação de utilização de ideias complexas e simbólicas (Burack et al., 1998; Schalock et al., 2010). Algumas áreas das funções executivas parecem estar bem preservadas em indivíduos com DID, no entanto, outras áreas envolvem maiores dificuldades (e.g. resolução de problemas e tarefas de planeamento) (Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012; Steele et al., 2012; Kirk et al., 2015). A área da comunicação tende a estar afetada (Harris, 2006; Schalock et al., 2012) numa relação direta com o grau de severidade, i.e., quanto maior este nível, maiores limitações ao nível da comunicação (Harris, 2010). Os aspetos linguísticos estão dependentes das diversas funções cognitivas, i.e., estas permitem que a linguagem se torne competente. De início, as crianças precisam de aprender a segmentar o fluxo de sons da fala que ouvem em unidades de linguagem significativas (e.g.: palavras) (Schuit, Segers, Balkorn e Verhoeven, 2011). As dificuldades visuais e auditivas reportadas contribuem para dificuldades na receção da informação o que pode originar limitações evidentes na expressão de ideias e sentimentos (Schalock et al., 2012). As pessoas com DID tendem a apresentar dificuldades na produção do discurso, que se caracteriza por ser difícil de ser compreendido, recorrendo habitualmente à expressão não-verbal (Santos e Morato, 2012b), ecolalias e estereotípias, num discurso geralmente caracterizado por desorganizado e, por vezes, descontextualizado, com pobreza ao nível do vocabulário (Burack et al., 1998; Jacobson et al., 2007). O impacto das limitações cognitivas observa-se também ao nível de atividades escolares, como a leitura, escrita e aritmética, ou ainda em atividades da vida diária (Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013). Apesar das pessoas com DID poderem ler e/ou reconhecer palavras, tal não garante que compreendam o que estão a ler (Van Wingerden et al., 2014). A compreensão do texto requer raciocínio, indução e dedução, sendo a descodificação o principal contribuinte para a compreensão de leitura, pelo que a nível cognitivo, todos os recursos estão envolvidos na interpretação dos símbolos gráficos. Desta forma, os indivíduos com DID apresentam dificuldades na compreensão de leitura, principalmente em casos que requerem alguma inferência, dado depender do vocabulário e da memória de trabalho verbal (Van Wingerden et al., 2014). Por outro lado, a limitação na categorização de objetivos irá comprometer o seu desenvolvimento lexical (Schuit et al., 2011). O perfil de leitura de indivíduos com DID difere do dos seus pares, mesmo em casos que apresentem habilidade de decodificar semelhante: mesmo que consigam decodificar palavras escritas, podem demonstrar dificuldades na compreensão do texto em forma falada ou escrita (van denBos, Nakken, Nicolay e Houten, 2007), principalmente se obrigar à compreensão da relação de significado (Van Wingerden et al., 2014). Os problemas de compreensão da leitura refletem

problemas na compreensão da linguagem, uma vez que possuem poucas estratégias de raciocínio lógico (Van Wingerden et al., 2014) e a comunicação não-verbal assume maior impacto no desenvolvimento da linguagem (Schuit et al., 2011). As crianças com DID apresentam limitações de memória de trabalho, no processamento da amplitude numérica e de atividades simbólicas (Schalock et al., 2012) e, por consequência, nos processos matemáticos, com repercussões ao nível das atividades quotidianas (e.g.: compras, utilização do dinheiro, entre outros) (Brankaer Ghesquière e Smedt, 2013). As dificuldades no processamento da informação e na resolução de problemas conduzem a maiores limitações na interpretação de perguntas matemáticas (Zikl et al., 2015).

O conjunto das dificuldades cognitivas (e.g. memória, raciocínio, capacidade de tomada de decisão e capacidade de resolução de problemas) irá repercutir-se ao nível da participação social e no desempenho de atividades práticas de vida diária ([WHO, 2007). De uma forma geral, os indivíduos com DID manifestam dificuldades no domínio social, nomeadamente na aquisição e retenção das regras sociais e dificuldades de iniciativa e responsividade social, sendo comum as limitações nas interações com os pares, no reconhecimento de expressões faciais e na autonomia, com menor persistência e responsabilidade (Burack et al., 1998). Além disso, é comum a tendência para a passividade, isolamento, apatia e instabilidade emocional (Burack et al., 1998). A este conjunto de características acrescem as limitações a nível da interpretação de pistas e expressões sociais, influenciando o julgamento social e a adequação comportamental às situações de vida diária (Adams e Oliver, 2011; Schalock et al., 2012).

Ainda no domínio social, os comportamentos desafiantes, resultantes nas limitações na capacidade auto-regulação e do controlo inibitório podem originar comportamentos de agressividade, auto-abusivos, estereotipados e hiperativos (Harris, 2010; Percy, Brown e Lewkis, 2007; Santos e Morato, 2012b) e sua menor plasticidade cognitiva também se reflete no quotidiano (Burack et al., 1998; Santos e Morato, 2002; Schalock et al., 2012). Mais recentemente a literatura tem dado maior atenção ainda às questões de saúde mental (Harris, 2010) que também influenciam o comportamento social. Relativamente à aquisição de informações ou competências na aprendizagem de atividades (e.g. atividades da vida diária ou o autocuidado), os indivíduos com DID têm mais dificuldades do que os seus pares com um desenvolvimento típico (Woolf, Woolf e Oakland, 2010). Segundo Belva e Matson (2013), indivíduos com DID apresentam maiores dificuldades em tarefas domésticas ou habilidades que se relacionem com tempo ou dinheiro, o que provavelmente se deve à falta de oportunidade de treino ou à sua complexidade. É importante começar a trabalhar com esta população tudo o que envolve

as habilidades pessoais (e.g. alimentação, vestir e higiene) e em seguida passar para atividades da vida diária (e.g. usar dinheiro, telemóvel, usar computador) e habilidades doméstica (e.g. tarefas domésticas) (Belva e Matson, 2013). Este tipo de oportunidades são também reportadas a nível nacional (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b).

As limitações ao nível das funções executivas influenciam e são influenciadas pelo controlo motor sendo ambos os sistemas da responsabilidade das mesmas estruturas cerebrais (Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010). Segundo Murray e colaboradores (2006), existe uma relação direta entre o desenvolvimento motor e funções executivas, i.e., se a maturação dos circuitos neurais básicos envolvidos na função motora infantil for mais rápida, pode ocorrer um desenvolvimento mais favorável dos circuitos corticais e subcorticais mais complexos, envolvidos nos processos cognitivos mais avançados na vida.

Também Smits-Engelsman e Hill (2012) referiram que as capacidades motoras e as capacidades cognitivas podem estar relacionadas pelas estruturas e redes cerebrais associadas aos processos cognitivos envolvidos na atenção, função executiva, habilidade visuomotora, tempo e aprendizagem. Isto não quer dizer que esta relação seja de 1 para 1, i.e., nem todas as crianças com dificuldades a nível cognitivo apresentam dificuldades a nível motor, o que oferece um grau razoável de separação dos dois sistemas, no entanto isto pode ser explicado pelo facto de quando há um problema num dos componentes do sistema neural, isso afetará outros componentes (Smits-Engelsman e Hill, 2012).

No âmbito psicomotor, as pessoas com DID apresentam dificuldades na perceção de relações e nos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espaciotemporal, praxia global e fina), principalmente pela menor disponibilidade e acessibilidade às componentes do processamento de informação e dos mesmos fatores. Neste campo, são ainda visíveis as suas dificuldades de expressão e de processamento, que se manifestam por dispraxias, provocando uma menor precisão e maior lentidão das componentes de execução, em conjunto com uma certa destruturação cognitiva do movimento voluntário (dismetrias e dissincronias) (Fonseca, 1995).

O mesmo autor menciona ainda que os indivíduos com DID demonstram alguma disfuncionalidade da motricidade e da corporalidade, assim como alguns desequilíbrios no processamento automático, que vão afetar o movimento voluntário e a prestação cognitiva. Estes indivíduos apresentam ainda dificuldades em tarefas não familiares, pela dificuldade de planificação e execução da decisão, que surge por falta de plasticidade e flexibilidade

representativa de uma certa inércia psicomotora na resolução de problemas e na criação de novas respostas (Fonseca, 1995). Estas dificuldades a nível físico e sensorial revelam-se enormes barreiras para a participação dos indivíduos com DID nas tarefas domésticas, recreativas e profissionais (APA, 2013).

As pessoas com DID demonstram mais dificuldades nas habilidades de controlo de objetos e habilidades locomotoras, sendo as habilidades de motricidade global adquiridas nos primeiros 5 anos de vida (e.g.: rebolar, sentar, pôr de pé, andar, correr e habilidades com bolas), apesar de nos indivíduos com DID, este desenvolvimento poder ocorrer de forma diferente, resultando em maior necessidade de apoio (Hocking, Pearson e McNeil, 2013). As crianças com DID demonstram mais dificuldades em tarefas que envolvem destreza manual, estando o desempenho motor relacionado com “grau” de DID (Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010).

Há muitas perturbações neurodesenvolvimentais que existem comumente com a DID (APA, 2013), e este facto de existirem uma ou mais patologias em comorbilidade pode agravar o quadro existente das mesmas (Lima, Torgal e Gouveia, 2012).

Tendo em conta as características da DID, é possível verificar que muitas delas se encontram presentes nos indivíduos acompanhados, nas sessões, pela estagiária. As mais transversais a todos os clientes, são os problemas de memória e a dificuldade em representação simbólica. Desta forma, tentaram realizar-se atividades concretas e com objetivos claros, de forma a trabalhar o simbólico, a baixa tolerância à frustração e a falta de motivação apresentadas. Os indivíduos mostraram ainda algumas dificuldades na manutenção da atenção e concentração, e um discurso desorganizado, e por vezes descontextualizado. Quanto às atividades da vida diária, eram muito trabalhadas, uma vez que mostravam alguma dificuldade em tarefas como tomar banho e vestir-se.

Outro dos diagnósticos presentes no processo clínico era o Atraso Global de Desenvolvimento, que por ser o apresentado pelo estudo de caso (ver subcapítulo 4.3.), irá também ser brevemente descrito.

2.2 Atraso Global do Desenvolvimento

O Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo usado para crianças que não adquiriram as habilidades esperadas para sua idade cronológica, i.e., não foram demonstrando os comportamentos e aquisições esperadas em cada marco de desenvolvimento (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015; Rosario-Montejo, Molina-Rueda, Muñoz-Lasac e Alguacil-Diego, 2015). O diagnóstico, normalmente, é feito em crianças

menores de 5 anos, em que o nível de gravidade clínica não permite realizar uma avaliação fiável ao longo da primeira infância, e estas crianças apresentam atrasos nos marcos de desenvolvimento esperados para a sua idade, causando assim problemas na aprendizagem e na adaptação (American Academy of Pediatrics [AAP], 2014; APA, 2013; Jimenez-Gomez e Standridge, 2013).

Estabelecer este diagnóstico é muito complicado, pois há uma grande variação na altura de ocorrência de certas aquisições, o que acaba por dificultar a deteção de alterações significativas. Estas alterações, que ocorrem ao longo do desenvolvimento infantil, poucas vezes se diagnosticam antes dos três anos, podendo algumas só serem mesmo diagnosticadas depois da idade escolar (Ferreira, 2004). A avaliação de indivíduos com AGD é realizada em quatro fases, sem uma sequência rígida, mas a primeira é sempre a investigação clínica básica para reagrupar as crianças em três grupos: suspeitas de doença progressiva, com AGD estático ou que aparentam um AGD estável, mas sem pistas para diagnóstico (Ferreira, 2004).

Segundo o mesmo autor, quando se verificar a existência de uma orientação a nível do diagnóstico (e.g.: pela história familiar), devem ser realizados exames complementares para que seja feita a confirmação do caso em específico. Caso isto não ocorra, podem realizar-se vários exames necessários: o cariótipo, o estudo para X-frágil ou outros estudos genéticos (e.g. neuro-imagem, estudos metabólicos, hormonas tiroideias, entre outros) (Ferreira, 2004).

Para avaliar a gravidade do AGD, bem como da DID, há vários instrumentos que se utilizam, de forma a analisar todo o desenvolvimento da criança: *Schedule of Growing Skills II*, Escala de Desenvolvimento *Ruth Griffiths*, Escalas de Inteligência de *Wechsler* e Escala de Comportamento Adaptativo *Vineland* (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva e Fernandes, 2012). O prognóstico a longo prazo para crianças com atraso no desenvolvimento provavelmente dependerá mais dos resultados nos domínios das limitações funcionais e, especialmente, das limitações da deficiência e da sociedade e menos em aspectos da fisiopatologia e incapacidade, a menos que este último cause mudanças benéficas na primeira (Petersen, Kube e Palmer, 1998).

2.2.1 Etiologia e Prevalência

O AGD é representado por um perfil etiológico heterogéneo, que se associa a problemas específicos de idade nas habilidades de adaptação e aprendizagem, sendo a sua prevalência desconhecida (Shevell et al., 2003). Contudo, é necessário ter em conta os

casos em que a confirmação do diagnóstico é obtida, e é importante também reparar que a prevalência do AGD da população em geral, estima-se entre 1% e 3%, sendo que as metas e o processo de avaliação ajudam a melhorar a saúde e o bem-estar destas pessoas (AAP, 2014).

2.2.1.1 Etiologia Multifatorial

A abordagem da multiplicidade etiológica também se aplica ao AGD (Shevell et al., 2003), sendo a identificação da sua etiologia desafiadora (Tang, Lin e Chen, 2011) dado ser um processo que requer tempo e recursos intensivos (e.g.: económicos) (Jimenez-Gomez e Standridge, 2013). Uma das causas mais comuns passa pela privação de estímulos ambientais (Shevell et al., 2003). Do ponto de vista temporal as causas também podem ser classificadas de pré, peri e pós-natal (Dornelas et al., 2015). A maioria dos casos de AGD tem causas genéticas, resultante de problemas cromossómicos, ou são doenças monogénicas com transmissão Mendeliana (Oliveira et al. 2012). Por outro lado, este diagnóstico pode ser influenciado por fatores ambientais (e.g. cultura, habilidades parentais e negligência) (Shevell et al., 2003). Mesmo assim, em aproximadamente 70% dos casos de AGD, as causas são desconhecidas (Hurst, Firth e Hall, 2005 cit in Oliveira et al. 2012), e em casos de limitações moderadas, profundas ou graves, obtém-se a confirmação do diagnóstico em aproximadamente 50% dos casos (Ropers, 2010).

Segundo Jimenez-Gomez e Standridge (2013), as causas mais referidas para o AGD são: asfixia perinatal – conjunto de situações, quer intrauterinas quer perinatais, que privam o cérebro da criança de receber um fluxo sanguíneo adequado, e, consequentemente, oxigénio; exposição tóxica – resultante do abuso de substâncias por parte da mãe, razão verificada em cerca de 21% dos casos diagnosticados com AGD; dificuldades na génese cerebral – problemas a nível do tecido neuronal durante as várias fases do desenvolvimento do cérebro embrionário e fetal, sendo que estas malformações representam até 28%; problemas genéticos – a amplitude das condições genéticas associadas ao AGD e à DID é extremamente ampla; e negligência.

É importante ter em atenção qualquer perda ou regressão de habilidades do desenvolvimento já adquiridas, o que pode sugerir etiologias diferentes (e.g.: problemas congénitos no metabolismo ou doença neuro degenerativa) (Foo et al., 2015), pelo que as avaliações podem ser encaminhadas tendo em conta um diagnóstico etiológico e um diagnóstico descritivo. Enquanto o diagnóstico descritivo engloba quatro pontos-chave (as capacidades cognitivas e do comportamento adaptativo, os fatores etiológicos e da patologia orgânica associada, os aspetos comportamentais, psicológicos e emocionais e

as condições ambientais e do enquadramento sociofamiliar), no diagnóstico etiológico são avaliadas as possíveis causas de AGD psicomotor (tabela 1) (Ferreira, 2004).

Tabela 1 - Causas Possíveis de AGD Psicomotor (Ferreira, 2004).

Categorias Diagnosticadas	
Anomalias Cromossómicas	11,6%
X-frágil	3,3%
Síndromes de anomalias múltiplas conhecidas	15,8%
Síndromes neurocutâneas	2,5%
Doenças neurometabólicas	2,5%
Tóxicos/teratogénicos	0,8%
Encefalopatia hipoxico-isquémica	2,5%
Infeções	0,8%
Síndromes epilépticas	8,3%
Malformações cerebrais	3,2%
Síndromes de anomalias múltiplas indeterminadas	29,1%
Etiologia desconhecida	19,1%

A avaliação do desenvolvimento deve englobar uma avaliação à praxia global, praxia fina, linguagem (expressiva e recetiva) e cognição, atividades de vida diária e interação social, desenvolvimento neurocomportamental e sócio-emocional (Foo et al., 2015). O diagnóstico específico permite uma melhor compreensão da etiologia e prognóstico a longo prazo, informando as decisões de tratamento dos sintomas associados (e.g.: convulsões, dificuldades comportamentais e outros), permitindo recomendações específicas de orientação antecipatória e o acesso a grupos de apoio apropriados, estudos de pesquisa e serviços educacionais (Flore e Milunsky, 2012).

2.2.2 Características

Segundo a APA (2013), o diagnóstico de AGD é feito quando o indivíduo não se encontra em algum marco de desenvolvimento esperado para a sua idade, relativamente a diversas áreas no âmbito intelectual. Assim, este diagnóstico envolve “atrasos” em duas ou mais áreas do desenvolvimento – praxia global/praxia fina, fala e linguagem, cognição e conhecimento, desenvolvimento social e pessoal e atividades da vida diária (American Academy of Neurology [AAN], s.d.; Foo et al., 2015). Os problemas mais comumente diagnosticados em crianças com AGD são a nível motor, de linguagem e cognitivo, não descartando todos os acima referidos (Petersen et al., 1998). As crianças com AGD correm ainda o risco de vir a ter problemas emocionais e comportamentais (Baker, Neece, Fenning, Crnic e Blacher, 2010; Caplan, Neece e Baker, 2015).

As dificuldades a nível motor são a primeira causa de preocupação dos pais (Petersen et al., 1998). O desenvolvimento psicomotor é considerado um fator chave na adaptação da criança ao envolvimento, organizar as sensações corporais relativamente ao ambiente. Com cerca de 2 anos de idade, as crianças começam a mostrar consciência do seu ambiente e do relacionamento com o mundo exterior (Rosario-Montejo et al., 2015). As alterações ao nível das sensações corporais (Rosario-Montejo et al., 2015) e a falta de coordenação dos movimentos (Petersen et al., 1998), as limitações da linguagem expressiva e receptiva (Tang et al., 2011; Wong e Chung, 2011), as dificuldades adaptativas, na aprendizagem e participação na comunidade (Foo et al., 2015; Shevell et al., 2003), bem como o compromisso das funções executivas (Caplan et al., 2015), são algumas das principais características das crianças com AGD. Tal como na DID, também se observam alterações comportamentais e emocionais significativos que poderão estar associados a questões de saúde mental (Caplan et al., 2015) e este conjunto de características terão consequências (menos positivas) na funcionalidade, aprendizagem académica e participação social reduzida (Dornelas et al., 2015).

A intervenção psicomotora é um dos apoios oferecidos em contexto institucional (Ramos, Sousa, Estevens, Duarte e Santos, 2017) o que também acontece na CERCICA, pelo que em seguida, será feita uma breve descrição do que é a Psicomotricidade e a sua intervenção.

3 Psicomotricidade

A Psicomotricidade é o campo transdisciplinar que estuda e investiga a relação recíproca e sistémica entre o psiquismo e a motricidade, nas suas múltiplas expressões biopsicossociais, afetivo-emocionais e psico-sociocognitivas, abrangendo, igualmente, as interações a nível físico, emocional, simbólico e cognitivo, na capacidade individual deste ser e agir (Fonseca, 2001; Fonseca, 2005; Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP], 2012).

A psicomotricidade é apoiada por três pilares – emocional, motor e cognitivo (Munster e Pereira, 2012), e considera que o elo de ligação entre o psíquico e do físico são os sintomas psicomotores (Boscaini, 2004). Segundo Fonseca (2001), a psicomotricidade não encara o corpo como um instrumento que se adapta ao meio envolvente, mas recorre à mediação corporal, para dar resposta às situações onde a adaptação do indivíduo se encontra implicada, sendo a compreensão, do conjunto de todos os vários domínios em relação, indispensável (e.g.: motor, afetivo, cognitivo). Esta mediação faz com que

indivíduo readquirir o prazer no âmbito sensório-motor, pelo movimento e regulação emocional e tónica, desenvolvendo a representação simbólica, nos diferentes envolvimento (e.g.: lúdico e relacional).

A intervenção psicomotora tem por base as potencialidades do indivíduo (motoras, emocionais/relacionais e mentais) em constante interação (Fonseca e Martins, 2001), não se focando no êxito, mas sim nas experiências e vivências (Martins, 2001). É pelo corpo que o mesmo se exprime e manifesta e, desta forma, é relevante ter em conta os diferentes contextos, para se entender o que este exprime. Assim, a intervenção psicomotora objetiva unificar o corpo e a atividade mental; o real e o imaginário; e o espaço e o tempo, possibilitando as melhoras no comportamento adaptativo do indivíduo (Fonseca e Martins, 2001).

A conceção triárquica da psicomotricidade surge à semelhança da dos sistemas complexos de conhecimento: **multicomponencial**, uma vez que procura incorporar o conhecimento das ciências biológicas e humanas, e de outros domínios; **multiexperiencial**, sendo que estuda os efeitos da intervenção psicomotora no processo do desenvolvimento, unificando a variedade da experiência; e **multicontextual**, pois tem o objetivo de espalhar as suas aplicações de conhecimento e intervenção para os diversos contextos da atividade humana (Fonseca, 2005; Fonseca, 2008). A psicomotricidade procura assim a complementaridade entre o contexto instrumental e o contexto relacional (Fonseca, 2001).

A psicomotricidade relacional fornece ao indivíduo um ambiente securizante, promovendo o seu desejo de relação com os pares e o meio envolvente (Costa, 2008; Martins, 2001). Por outro lado, a psicomotricidade instrumental, em que o indivíduo acaba por se relacionar com o objeto e as características espaciais e temporais do meio envolvente, promove experiências sensoriomotoras para promover o desenvolvimento da atividade simbólica, conceptual e percetiva (Martins, 2001).

A psicomotricidade é indicada para vários âmbitos, i.e., terapêutico, reabilitativo, preventivo e reeducativo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2012; FEP, 2012), mas Fonseca (2010) e Moraes, Novais e Mateus (2005) referem apenas três destes âmbitos: terapêutico ou reeducativo, para casos em que a dinâmica do desenvolvimento de aprendizagem se encontra implicada; educativo, quando se tem o objetivo de estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem; e preventivo, através da promoção e estimulação do desenvolvimento do indivíduo, agindo ao nível dos mais

diversos problemas (e.g.: problemas de comportamento, de aprendizagem ou psicoafectivos).

É uma terapia direcionada para todas as faixas etárias, dispondo de diversas técnicas/atividades de intervenção (e.g.: atividade representativa e simbólica e atividade motora adaptada) (APP, 2012). O psicomotricista pode exercer a sua profissão, tanto no setor privado, como no setor público, desde creches, jardins-de-infância, centros de dia, instituições para indivíduos com dificuldades (e.g.: DID), a hospitais, clínicas privadas, entre outros, sendo regulamentada ao nível das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (APP, 2012).

É importante ter em conta os sete fatores psicomotores – tonicidade, equilibração, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010) – uma vez que estes se encontram em desenvolvimento em todos os contextos em que a intervenção decorre. Os fatores psicomotores são “circuitos dinâmicos autorregulados” e juntos funcionam como um todo, cada um com uma participação diferente, mas igualmente importante quando se trata da “organização global do sistema funcional psicomotor” (Fonseca, 2010). De forma resumida, a intervenção psicomotora assume-se como terapia de mediação corporal e expressiva, que através do movimento e da reflexão da experiência objetiva adequar a expressão motora, focando-se na maturação psicomotora, nos mais variados contextos otimizando a qualidade da relação entre o sujeito e o seu envolvimento.

Como já referido, ao longo dos anos tem-se assistido a uma evolução no conceito de DID, passando a dedicar mais atenção à descrição das características do indivíduo, para o desenvolvimento de um perfil da necessidade de apoios que se adequados terão como consequências a melhoria do funcionamento diário do indivíduo com DID, em geral, melhora (Valente, Santos e Morato, 2012). A conceção ecológica da DID, a importância do foco na QdV das pessoas com DID e papel dos apoios individuais na melhoria da relação com o contexto ecológico, na funcionalidade e responsabilidade (Buntinx e Schalock, 2010; Santos, 2014; Santos, 2017), também tem vindo a estabelecer mudanças ao nível das intervenções e apoios prestados a esta população (Santos, 2017), podendo a intervenção psicomotora assumir-se como um destes apoios (Ramos et al., 2017; Santos, 2017; Valente et al., 2012). Um dos apoios, prestados a nível nacional, tal como referido, e na instituição de estágio, a este subgrupo populacional passa pela intervenção psicomotora, pelo que em seguida, será abordado, de forma breve, esta relação.

3.1 Intervenção Psicomotora na DID e AGD

Foi nos anos 60 que começou a surgir a pertinência da intervenção psicomotora na população com DID, ganhando maior visibilidade a partir de 2000 (Munster e Pereira, 2012). Os programas de intervenção psicomotora para as pessoas com DID procuram ajudá-las a participar de forma ativa na sua relação com o meio envolvente, para se tornarem independentes e cidadãos plenos (Valente et al., 2012), e para uma vida funcional e com qualidade (Leitão, Lombo e Ferreira, 2008).

Na intervenção psicomotora com as pessoas com DID o foco deve direccionar-se para a aquisição de diversas competências (e.g.: psicomotoras, adaptativas, sociais) e para participação na vida da sociedade (Valente et al., 2012). O objetivo será reduzir as dificuldades e potencializar as suas capacidades para a funcionalidade e responsabilidade pessoal e social, através da consideração das características, interesses, aspirações e valores pessoais (Valente et al., 2012).

Ao longo de toda a intervenção, é necessário ter presente que os indivíduos com DID apresentam um processo de aprendizagem mais lento que o dos seus pares, sendo necessário arranjar estratégias específicas e promover aprendizagens significativas, motivadoras (Leitão et al., 2008) e, acima de tudo, que posteriormente permitam um *transfer*, i.e., úteis para o seu dia-a-dia. Assim, deve investir-se na investigação, avaliação, intervenção e qualidade dos serviços de apoio, para consequentemente melhorar a QdV (Santos e Morato, 2012b).

Neste âmbito, Antunes e Santos (2015) analisaram os efeitos de um programa psicomotor elaborado para cerca de 10 adultos com DID ao nível do comportamento adaptativo e proficiência motora, e constataram melhorias nalguns domínios e adaptativos e dimensões motoras. Esta situação volta a ocorrer no estudo de Júnior, Afonso e Santos (2017) que com uma intervenção psicomotora recorrendo à música também constatou ligeiras melhorias ao nível adaptativo. Todas as questões focadas anteriormente para a pessoa com DID, acabam por ser transversais a todas as populações com que se realiza a intervenção psicomotora, apostando em atividades mais funcionais (e.g.: vestir/despir, mobilidade, entre outros) e baseadas na estratégia da aprendizagem motora, pela prática estruturada e repetição das ações organizadas (Tang et al., 2011)

O conceito de QdV tem ganho foco e importância (Buntinx e Schalock, 2010) e os profissionais que exercem a sua atividade com pessoas com necessidades de apoios, têm de manter o foco neste (Brown, Hatton e Emerson, 2013), e ter presente o papel dos apoios

ao longo da sua intervenção (Rodrigo, Santos e Gomes, 2016) ao nível do crescimento pessoal e no desenvolvimento de oportunidades; no desenvolvimento de programas e do envolvimento, e nas políticas sociais coerentes com o modelo concetual vigente (Schalock e Verdugo, 2002).

3.1.1 Contextos de Intervenção

A intervenção psicomotora pode realizar-se em diversos contextos diferenciados, de forma a estimular o seu envolvimento, num contexto de exploração (Freitas e Silva, 2010), pelo que, e na sequência dos contextos de intervenção da estagiária, serão abordados de seguida.

3.1.1.1 Atividade Motora Adaptada

A atividade motora adaptada (AMA) objetiva que os indivíduos consigam atingir conforto, segurança e sucesso num envolvimento diferente, estimulando a sua participação ativa no processo reabilitativo (Freitas e Silva, 2010), quer seja realizada com o objetivo educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico (Marques, Castro e Silva, 2001). É através da AMA que os indivíduos ganham a oportunidade de vivenciar experiências sensoriomotoras e sociais (Cardoso, 2011), através de exigências adaptadas ao nível de desempenho do indivíduo em questão (Rodrigues, 2006). A atividade motora adaptada baseia-se, tal como o próprio nome indicia, no movimento e nas competências motoras desde a tonicidade até às praxias globais e finas (Almeida, 2013), pelo que se depreende o contributo que a estimulação dos fatores psicomotores pode deter no seio do desenvolvimento das pessoas (Fonseca, 2010) com necessidades de apoios (Santos e Morato, 2007). A AMA proporciona aos indivíduos, as condições necessárias para que se estimule o seu desenvolvimento, recorrendo ao lúdico (Almeida, 2013; Cardoso, 2011), e considerando as capacidades, necessidades e interesses de cada pessoa (Moreira, 2004). Esta prática apresenta inúmeros benefícios, tais como: melhoria na autoestima e autoconceito, desenvolvimento da autoconfiança na realização das atividades da vida diária, participação na reabilitação a nível físico e da aptidão física (Cardoso, 2011; Lotan, Isakov, Kessel e Merrick, 2004), fortalecimento de ossos e articulações, melhorias a nível da força e tônus muscular (Munster e Pereira, 2012), melhorias no âmbito psicológico e social (Cardoso, 2011), melhorias na saúde mental (Munster e Pereira, 2012), ganhos de habilidades motoras e a promoção do equilíbrio emocional (Freitas e Silva, 2010), desenvolvimento de competências psicomotoras (Munster e Pereira, 2012) e melhorias na QdV (Cardoso, 2011).

Nos últimos anos tem-se verificado uma maior procura deste tipo de intervenção, para as pessoas com DID, promovendo a sua reabilitação e integração social (Cardoso, 2011). Ramos, Sousa, Estevens, Gomes e Santos (2017) reforçam a importância e relevância deste tipo de intervenção quando avaliaram as competências motoras, sensoriais e cognitivas de sete adultos com DID com mais de 40 anos, e constataram resultados positivos, em quase todos os itens, após a implementação de um programa elaborado para o efeito. Deve ter-se atenção quando se escolhe o tipo de atividade disponibilizada, considerando-se o perfil funcional do indivíduo, privilegiando a inclusão (Instituto Português do Desporto e da Juventude, 2016), e procurando intervir de forma individualizada e especializada (Silva, 2012), mesmo que se trate de desportos coletivos.

A atividade motora adaptada pode ser realizada em diversas modalidades, sendo uma das mais comuns as atividades adaptadas no meio aquático.

3.1.1.2 Psicomotricidade no Meio Aquático

Na atualidade, a intervenção psicomotora é reconhecida, em diversos contextos e domínios, principalmente na área da saúde. É também a nível do meio aquático que esta tem vindo a ser uma aposta (e.g.: Jardim e Santos, 2016; Leitão e Santos, 2017), principalmente para a primeira infância (Matias, 2010), pois possibilita a educação e reabilitação psicomotora (Freitas e Silva, 2010).

O meio aquático é considerado um “ambiente facilitador” e um “envelope corporal”, proporcionando ao indivíduo a realização de atividades de forma autónoma e participativa, i.e., ser um agente ativo, utilizando os próprios meios, recursos e estratégias (Candeloro e Caromano, 2007; Filho, 2003). Segundo Filho e Andrade (2007), o facto de a água ser aquecida provoca relaxamento muscular, proximidade corporal e aconchego. O meio aquático assume-se como um ambiente relacional, onde através do jogo e do movimento, se possibilita a exploração psicomotor estruturante (Martins, 2010; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007).

As evidências dos seus efeitos a nível psicomotor, cognitivo, fisiológico, sensorial, social, entre outros, encontram-se bem documentadas na literatura (e.g.: Biasoli e Machado, 2006). De forma resumida, a literatura (Biasoli e Machado, 2006; Candeloro e Caromano, 2007; Filho, 2003; Martins, 2010; Matias, 2005; Varela, Duarte, Sereno, Dias e Pereira, 2000) aponta: o controlo respiratório que serve de base para as restantes aquisições, a diminuição da tonicidade e o domínio do equilíbrio (vertical e horizontal) para a deslocação e movimento em vários planos, a estimulação da lateralização e da consciencialização corporal no espaço e tempo trabalhada no domínio da respiração e

propulsão, a estimulação das praxias (global e fina), estimulação das funções executivas (e.g.: atenção, concentração e memória), relaxação muscular, controlo socio-emocional, optimização das capacidades adaptativas, entre outras. Além disso, programas psicomotores neste contexto parece deter melhorias ao nível da qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016) e de competências adaptativas (Leitão e Santos, 2017).

O meio aquático fornece ao indivíduo a possibilidade de experienciar novas vivências, a nível da perceção sensorial e da atividade motora. Desta forma, vêem-se estimulados e desenvolvidos todos os fatores psicomotores (Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007). Por outro lado, este meio facilita ainda a realização de movimentos, o que pode ajudar na melhoria da perceção corporal, bem como das suas capacidades e potencialidades (Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007).

O processo de aprendizagem da natação deve seguir uma sequência evolutiva lógica, desde o controlo de alguns comportamentos de medo e receio, passando pelo domínio do espaço e do meio pela equilibração (vertical e horizontal) e pelo controlo da respiração, que permitirão, posteriormente, a deslocação na água (Carvalho, 1991) e o movimento proficiente (Colomina, Sánchez, Valdivielso, Ortiz e Contreras, 2007), pelo que este meio parece incidir na organização sensoriomotora adaptativa (Matias, 2005). Acresce ainda a necessidade da atenção para a relação entre a pessoa e o mediatizador (neste caso, o psicomotricista), que deve levar em consideração as características da pessoa, apostando na aprendizagem de competências aquáticas, adequando as atividades às características da pessoa – i.e., idade cronológica, capacidades, necessidades de apoios, objetivos e expectativas, em contexto lúdico e otimizando o tempo útil das sessões (Jardim e Santos, 2016). Para isto, é importante disponibilizar materiais que auxiliem o indivíduo a exteriorizar, espontaneidade, a sua expressividade motora (Filho, 2003). O princípio pedagógico pelo qual a intervenção psicomotora no meio aquático se rege, tem por base a atividade lúdica, bem como as experiências simbólicas (Filho e Andrade, 2007).

No presente contexto de intervenção, foi beneficiada a reaprendizagem postural e psicomotora, através do aumento da amplitude do andar, correr, saltar e rodar, bem como a estimulação do desenvolvimento do jogo simbólico, da comunicação verbal e não-verbal, experiências lúdicas e conhecimento corporal.

Esta primeira parte de cariz mais teórico permitiu o aprofundamento do conhecimento que auxiliou a reflexão sobre a prática da estagiária ao longo do ano letivo, que será apresentada então no próximo capítulo.

Realização da Prática Profissional

4 Prática

O corrente estágio curricular teve início a 3 de outubro de 2016 e findou a junho de 2017, ocorrendo durante um total de 9 meses, com as interrupções previstas de Natal, Carnaval e Páscoa. O estágio ocorreu de segunda a sexta-feira, com um horário variável, tendo em conta a alteração de apoios diários ou clientes.

4.1 Horário e Organização do Estágio

No horário apresentado a seguir (tabela 2) os clientes estarão representados por números, de forma a manter o anonimato, e os contextos representados por cores alusivas a cada um. Para além do horário definido, a estagiária teve a oportunidade de estar presente nas reuniões de equipa, sexta à tarde, na fase de seleção dos alunos para o acordo de cooperação, tendo em conta as necessidades dos mesmos, e os apoios já frequentados. De forma a conhecer a equipa e o local de estágio, foi realizada uma reunião formal no dia 30 de setembro de 2016, na CERCICA, com a orientadora local e da FMH, em que foram passadas à estagiária algumas informações importantes sobre o estágio e os clientes com os quais trabalharia ao longo do mesmo.

De forma estrutural, o estágio curricular foi organizado em três períodos fundamentais:

- **Período de Observação:** numa primeira fase foi possível observar a dinâmica da instituição (e.g.: a forma como se organizam os serviços, os espaços e os horários), e acompanhar a Orientadora de Estágio Local (TSEER) em todas as sessões e atividades, o que permitiu compreender como se estruturam, desenvolvem e criam as diversas tarefas, nos diversos contextos de trabalho, a organização de grupos, comportamentos a adotar e forma de lidar em diversas situações, entre muitas outras coisas. Durante este período foram observadas sessões de Psicomotricidade em ginásio e em meio aquático, Hidroterapia em grupo, Natação Adaptada, *Oh Gui* (Rugby Adaptado) e Surf Adaptado.

Desta forma, iniciou-se pela observação não sistemática, com função descritiva, no sentido de obter uma ideia mais geral do funcionamento da instituição, para posteriormente, e de forma mais sistemática e sistematizada se centrar a observação em categorias pré-definidas (e.g.: relação técnico-cliente, relação cliente-cliente, tipo de atividades e estratégias e feedbacks utilizados, entre outros), objetivando a familiarização com as rotinas e estabelecimento da relação com os clientes.

Tabela 2 - Horário Semanal da estagiária ao longo do ano letivo

segunda		terça		quarta		quinta		sexta	
08:00		08:00		08:00		08:00	Balneário	08:00	
08:15		08:15	Balneário	08:15		08:15	37	08:15	
08:30		08:30	37	08:30		08:30		08:30	Balneário
08:45		08:45	Balneário	08:45		08:45	Balneário	08:45	
09:00		09:00	Aparelhos 5; 6; 7; 8	09:00		09:00	Aparelhos 2; 5; 6; 7	09:00	Hidro CR 1; 16; 17.
09:15		09:15		09:15		09:15		09:15	
09:30		09:30		09:30		09:30	Pausa	09:30	
09:45		09:45		09:45		09:45		09:45	Hidro CR 5
10:00		10:00		10:00		10:00		10:00	
10:15		10:15		10:15		10:15		10:15	
10:30		10:30		10:30		10:30		10:30	10
10:45	Aparelhos 1; 2; 3; 4	10:45		10:45		10:45		10:45	
11:00		11:00	Surf (Verão) Planeamento de Estágio (Inverno) 1; 23; 24; 25	11:00		11:00	Rugby 1; 8; 17; 18; 19; 20; 21; 22	11:00	Balneário
11:15		11:15		11:15		11:15		11:15	
11:30	Balneário	11:30		11:30		11:30		11:30	
11:45	32	11:45		11:45		11:45		11:45	
12:00		12:00		12:00		12:00		12:00	
12:15	33	12:15		12:15		12:15		12:15	
12:30		12:30		12:30		12:30		12:30	
12:45	Balneário	12:45		12:45		12:45	Almoço	12:45	
13:00	Almoço	13:00		13:00		13:00		13:00	
13:15		13:15	Almoço	13:15		13:15		13:15	
13:30	Planeamento	13:30		13:30		13:30	Planeamento	13:30	
13:45		13:45		13:45	Balneário	13:45		13:45	
14:00	Balneário	14:00	Surf (Inverno)	14:00	10	14:00	Balneário	14:00	
14:15	10	14:15		14:15		14:15	7; 11	14:15	
14:30		14:30		14:30	9; 15	14:30		14:30	
14:45	Hidro CR 12; 13; 14; 15	14:45	36; 38	14:45		14:45		14:45	
15:00		15:00		15:00	3	15:00	3	15:00	
15:15	3	15:15	39	15:15		15:15		15:15	
15:30		15:30		15:30	34	15:30		15:30	
15:45	Balneário	15:45	35	15:45		15:45		15:45	
16:00	VAGA	16:00		16:00		16:00		16:00	
16:15		16:15	Balneário	16:15		16:15		16:15	
16:30	34	16:30		16:30		16:30		16:30	
16:45		16:45		16:45		16:45		16:45	
17:00		17:00		17:00	Balneário	17:00		17:00	
17:15	26	17:15		17:15		17:15		17:15	
17:30		17:30		17:30		17:30		17:30	
17:45		17:45		17:45	40	17:45		17:45	
18:00	31	18:00		18:00		18:00		18:00	
18:15		18:15		18:15	Balneário	18:15		18:15	
18:30	Balneário	18:30		18:30		18:30		18:30	
18:45		18:45		18:45		18:45		18:45	

A consulta dos registos de sessão realizados pela técnica, foi uma das mais-valias nesta fase inicial, permitindo não só a estagiária compreender desde o início os objetivos e as dinâmicas das sessões, como também serviu de base para a fase mais autónoma, onde foi a própria estagiária a elaborar os registos de sessão. Estes registos incluíam aspetos considerados como os mais relevantes, desde os comportamentais aos relacionais e emocionais, para além do desempenho nas tarefas. Inicialmente a estagiária observou através do cais da piscina, mas, após uma semana, a observação passou a ser feita dentro da piscina, de forma a assistir de perto e ter o privilégio de obter informações mais completas, promovendo a compreensão da relação entre a técnica e os clientes, tendo em conta todas as suas características e contextos de intervenção. Desta forma, foram recolhidos os principais dados dos 40 indivíduos em intervenção com a técnica, e acompanhados durante a prática de estágio, que serão apresentados no capítulo dedicado do estudo de caso, de forma a estruturar e preparar toda a fase seguinte. Foi ainda possível observar, e posteriormente participar, na elaboração de documentos formais (e.g.: registos de sessão, planos de intervenção, avaliação inicial e final), de forma a compreender algumas questões organizacionais;

- **Período de Intervenção Supervisionada:** numa segunda fase, foram dinamizadas algumas sessões de psicomotricidade, principalmente no meio aquático, de forma supervisionada: os planos de sessão eram elaborados pela orientadora local e, posteriormente, partilhados com a estagiária, para que esta seguisse a lógica e o evoluir das sessões, bem como tivesse conhecimento prévio do plano das aulas que iria dinamizar, para uma melhor reflexão sobre a postura profissional (e.g.: antecipar possíveis dificuldades e quais as melhores estratégias, feedbacks ou outros apoios a fornecer). No final de cada dia, a estagiária redigia os relatórios de sessão, tanto das sessões dinamizadas por si, como das sessões apenas assistidas, num documento partilhado com a Orientadora Local, para posterior discussão. O facto de a técnica (orientadora local) estar presente fez com que a estagiária pudesse colocar questões que surgissem no momento, assim como os clientes se sentiam mais confiantes e seguros nesta “transferência” de figura de referência. Foi a partir desta intervenção que se estabeleceu uma relação terapêutica mais estreita entre a estagiária e os clientes, e que, posteriormente, foi fundamental na escolha do estudo de caso.

De forma a conhecer um pouco mais dos possíveis contextos de intervenção, foi possível ainda participar nas aulas de Hidroginástica Sénior com a participação de elementos do CAO – em que se dava apoio dentro de água, de forma a facilitar o seu acompanhamento das sessões, e numa de Equitação com Fins Terapêuticos – em que

foram realizadas atividades que promovem competências a nível da equitação, mas não só (e.g.: lateralidade, equilíbrio, regulação do tónus muscular).

- **Período de Intervenção Autónoma:** finalmente, o período de intervenção autónoma deu continuidade aos anteriores, onde a estagiária colaborou de uma forma ainda mais ativa. Assim, foi dada à estagiária a oportunidade de iniciar a sua intervenção autónoma com clientes de CAO, passando a haver total autonomia nas aulas de aparelhos, em que o planeamento mensal era feito pela técnica, e posteriormente partilhado com a estagiária, e em meio aquático com clientes de CAO e com o estudo de caso. Nas sessões de natação adaptada, a estagiária tinha uma participação ativa, mas era a técnica a dirigir as mesmas. Ao longo deste período foi-se recolhendo toda a informação necessária para o estudo de caso (e.g.: ler a anamnese). Todas as sessões e projetos decorreram em diversos contextos. A psicomotricidade ocorreu no meio aquático e no ginásio, enquanto a atividade de aparelhos decorreu na sala de aparelhos, com equipamentos específicos. Houve ainda projetos realizados no exterior: na praia de São Pedro do Estoril (surf) e no Dramático e Sportivo de Cascais (Oh Gui – rugby).

Participantes

Tal como se pode constatar, pela análise da tabela 3, foram 40 os clientes (9 do género feminino e 31 do género masculino) a quem a estagiária prestou apoio nos mais diversos contextos. De forma resumida, houve oportunidade de trabalhar com diferentes faixas etárias: 12 crianças/adolescentes e 28 adultos, cujas idades variaram entre os 5 e os 15 anos no primeiro caso, e entre os 22 e os 58 anos no segundo caso, quer em sessões individuais, quer em sessões de grupo, consoante os objetivos estabelecidos para cada cliente. Apesar do diagnóstico de DID estar presente nos processos clínicos dos clientes da instituição, também foi possível trabalhar com clientes com outros tipos de perturbação (e.g.: Perturbação do Espectro do Autismo [PEA], AGD, Paralisia Cerebral [PC]) e mesmo no âmbito da saúde mental (e.g.: psicose simbiótica). Os contextos de intervenção englobaram os Aparelhos, a Hidro, o Surf, o Rugby, e a Psicomotricidade em Meio Aquático e em ginásio.

Apenas para recordar o que foi referido anteriormente na caracterização da instituição, os clientes com mais de 16 anos poderiam ser internos de CAO (n=26), crianças e adolescentes ao abrigo do Acordo de Cooperação, e clientes externos, i.e.: pessoas da comunidade que se deslocam à CERCICA para usufruir de apoios específicos.

É de referir que os últimos três clientes da lista iniciaram a intervenção no final do ano, e não foi possível obter algumas informações mais detalhadas.

Tabela 3 - Dados dos indivíduos em intervenção

	Género	Data Nascimento	Idade	Diagnóstico	Proveniência	Polo	Atividade	Intervenção	Frequência
1	F	05-10-1991	26	DID	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	1
							Hidro	Grupo	1
							Surf	Grupo	1
							Rugby	Grupo	1
2	M	28-12-1989	28	DID e Psicose Simbiótica	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	2
3	M	21-12-1993	24	DID e PEA	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	1
							Meio Aquático	Individual	2
4	M	01-10-1994	23	DID - Trissomia 21	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	1
5	F	12-02-1995	23	DID e Hidrocefalia	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	2
							Hidro	Grupo	1
6	M	08-02-1986	32	DID	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	2
7	F	26-09-1992	25	DID	CAO	Terapêutico	Aparelhos	Grupo	2
							Meio Aquático	Grupo	1
8	M	27-03-1981	36	DID e PEA	CAO	Ocupacional	Aparelhos	Grupo	1
							Rugby	Grupo	1
9	F	13-11-1992	25	DID	CAO	Ocupacional	Meio Aquático	Individual	1
10	M	26-04-1994	23	DID	CAO	Terapêutico	Meio Aquático	Individual	3
11	M	17-09-1980	37	DID	CAO	Oficial	Meio Aquático	Grupo	1
12	M	16-09-1975	42	DID	CAO	Terapêutico	Meio Aquático	Grupo	1
13	F	28-05-1994	23	DID	CAO	Terapêutico	Meio Aquático	Grupo	1
14	M	09-04-1959	58	DID	CAO	Terapêutico	Meio Aquático	Grupo	1
15	F	31-10-1995	22	DID - T21	CAO	Ocupacional	Hidro	Grupo	1
16	F	11-11-1961	56	DID	CAO	Ocupacional	Hidro	Grupo	1
17	M	23-07-1990	27	DID	CAO	Ocupacional	Hidro	Grupo	1
							Rugby	Grupo	1
18	M	29-10-1988	29	DID	CAO	Oficial	Rugby	Grupo	1

Tabela 3 (cont.) - Dados dos indivíduos em intervenção

	Gênero	Data Nascimento	Idade	Diagnóstico	Proveniência	Polo	Atividade	Intervenção	Frequência
19	M	19-09-1985	32	DID	CAO	Oficinal	Rugby	Grupo	1
20	M	13-04-1977	40	DID	CAO	Ocupacional	Rugby	Grupo	1
21	M	10-02-1976	42	DID	CAO	Ocupacional	Rugby	Grupo	1
22	M	08-11-1978	39	DID	CAO	Oficinal	Rugby	Grupo	1
23	M	17-04-1974	43	DID - T21	CAO	Oficinal	Surf	Grupo	1
24	M	14-03-1981	37	DID - T21	CAO	Ocupacional	Surf	Grupo	1
25	M	28-10-1992	25	DID	CAO	Oficinal	Surf	Grupo	1
26	F	16-09-2003	14	AGD	Externo	-	Natação Adaptada	Individual	1
27	M	24-08-2008	9	Dispraxia	Externo	-	Natação Adaptada	Individual /Grupo	1
28	M	04-04-2002	15	PEA	Externo	-	Natação Adaptada	Grupo	1
29	M	27-06-2003	14	PC	Externo	-	Natação Adaptada	Grupo	1
30	M	18-09-2006	11	Prematuro (23 sem)	Externo	-	Psicomotricidade (PM)	Individual	1
31	M	19-11-2004	13	Multideficiência	Externo	-	Natação Adaptada	Individual	1
32	M	30-04-2009	8	DID	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
33	F	14-11-2011	6	AGD	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
34	M	14-03-2011	7	AGD	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
35	M	15-10-2010	7	DID	Acordo de Cooperação	-	Natação Adaptada	Individual /Grupo	1
36	M	20-02-2006	12	DID - T21	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
37	M	03-07-2012	5	PEA	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
38	M		-		Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Grupo	1
39	M		-	PEA	Acordo de Cooperação	-	PM no Meio Aquático	Individual	1
40	M		-		CAO		Natação Adaptada	Individual	1

Contextos de Intervenção

A riqueza de recursos e respostas disponibilizadas pela CERCICA permitiu à estagiária a experiência de prática profissional em diversos contextos e com diferentes objetivos, consoante as necessidades específicas dos clientes, pelo que neste momento será feita uma abordagem sobre os mesmos. Neste ponto, apenas realçar que a funcionalidade e a qualidade de vida foram sempre os conceitos que guiaram toda a intervenção ao longo do ano letivo.

-
- **Psicomotricidade em Ginásio:** onde através de atividades funcionais e circuitos se estimulavam os fatores psicomotores (e.g.: equilíbrio, noção corporal, estruturação spatiotemporal, praxia fina), funções executivas (e.g.: atenção e memória), competências sociais (e.g.: esperar pela vez, respeitar os tempos e os ritmos dos outros, respeitar a figura de autoridade), visando a melhoria da qualidade do movimento, do desempenho e do transfer das aquisições para atividades de vida diária; era neste serviço que se incluía ainda a Atividade Motora Adaptada e o trabalho feito ao nível da condição física e motora na sala de Aparelhos;
 - **Psicomotricidade em Meio Aquático:** onde se proporcionou apoio ao nível da Hidroterapia e da Natação Adaptada, na piscina da própria instituição, em sessões individuais e de grupo, aproveitando as propriedades da água para a promoção dos fatores psicomotores (e.g.: tonicidade, equilibração, praxia global) e para a aprendizagem de competências específicas de hidroginástica (e.g.: força muscular, postura) e de natação (e.g.: técnicas de nado, propulsão);
 - **Surf:** com o objetivo de estimular a aprendizagem de algumas técnicas específicas do desporto, tendo sempre presente a transmissão de princípios como o respeito pela natureza e pelo outro. É estimulada a capacidade de confiança e entreajuda, visto que o ensino é individual e especializado, i.e., adequado à capacidade de cada um, de forma a haver evolução. Para além disso, trabalha-se o sentido de responsabilidade, desde o transporte e limpeza da prancha utilizada, como com o facto de manter o fato em condições para utilização em as aulas;
 - **Rugby:** onde é promovida a saúde física e mental de cada participante. Dois dos domínios mais presentes são a socialização e partilha. Como os treinos decorrem com outra instituição, estes têm de socializar entre eles, realizando as atividades com elementos das duas instituições, e tendo de partilhar todo o material entre si. Para além destes, é ainda trabalhada a promoção de valores como a integridade, solidariedade, disciplina e respeito.

A intervenção autónoma da estagiária

A intervenção desempenhada pela estagiária ao longo do ano letivo, e tal como se procurou esclarecer na caracterização da instituição, regeu-se por toda a filosofia, missão, visão e valores da CERCICA, assumindo-se que cada cliente era diferente, não se homogeneizando atividades e perfis com base apenas no seu diagnóstico. Neste sentido, e depois da recolha de informação inicial, procedeu-se à aplicação dos conteúdos teóricos lecionados em várias unidades curriculares do curso de Reabilitação Psicomotora, para

estruturar o que se pretendia: uma intervenção de qualidade e com impacto positivo na vida dos clientes.

De uma forma geral, todos os procedimentos e decisões se enquadraram nos planos de vida de cada cliente, considerando as características pessoais (e.g.: capacidades, necessidades de apoios, gostos e preferências) e contextuais (e.g.: expectativas da família), os objetivos estabelecidos a nível institucional e mais especificados para a intervenção psicomotora, num programa planeado e implementado, tendo-se garantido os princípios éticos inerentes à intervenção, e refletido sobre o processo de avaliação (inicial e final). A recolha de informações decorrentes das observações informais e formais (i.e., anamneses, aplicação dos instrumentos de avaliação, outros relatórios), permitiu a maior adequação das atividades que se pretendiam funcionais e úteis nas atividades de vida diária. Assim, os planeamentos foram realizados de duas em duas semanas, sendo discutidos com a orientadora local, e adaptados sempre que necessário, ao mesmo tempo que o registo das sessões era feito diariamente, permitindo a rechamada de informação em qualquer altura.

Assim, e depois da relação empática estabelecida e da presença da estagiária nas sessões se tornar uma rotina aceite por todos, foi equacionado o processo de avaliação, através de instrumentos de recolha de informação já utilizados na instituição ou mesmo elaborados pela estagiária para uma determinada área ou contexto (ver subcapítulo 4.3.1). Antes de proceder à descrição do processo de intervenção concretizado pela estagiária, com o estudo de caso, achou-se pertinente, incluir uma breve revisão sobre a importância da avaliação ao longo da intervenção psicomotora.

4.2 Avaliação

A avaliação deve considerar as informações fornecidas pelos pais, terapeutas e/ou outros profissionais especializados, nas diversas fases e momentos do processo de intervenção, para que este, em caso de necessidade, seja reajustado (Fonseca, 2010). As ferramentas de avaliação devem ser desenvolvidas, tendo por base metodologias rigorosas, que vão ao encontro das necessidades de intervenção, uma vez que a avaliação é o pontapé de saída para o planeamento e estabelecimento de um programa de intervenção (Pitteri, 2004).

A avaliação relativa à necessidade de apoio de cada indivíduo deve debruçar-se nos vários fatores que influenciam o mesmo (e.g.: cultura e contexto socioeconómico), tornando-se abrangente e multifatorial (Thompson et al., 2002), para a criação de respostas

mais adequadas e focando sempre os objetivos e expectativas tanto do indivíduo como da família (Thompson et al., 2004).

Segundo Albaret (2009), o desenvolvimento psicomotor tem ganho visibilidade e importância como suplemento à avaliação de indivíduos com dificuldades, dado procurar estabelecer a relação existente entre o neurológico e o comportamental, tendo em conta o emocional e contextual. Na avaliação psicomotora, é dada principal atenção ao tónus e às suas variações, ao desempenho motor, às manifestações gnoso-práticas, ao verbal e não-verbal, à noção corporal, entre outras, como orientação espaço-temporal, quer com terceiros ou objetos (Pitteri, 2004), acabando por este momento ser utilizado para observar e avaliar o corpo em movimento, não se centrando apenas na ação realizada (Chaix, Coraze, Lareng-Armitage, Soppelsa e Albaret, 2013), i.e., aborda o indivíduo através de uma visão holística (Pitteri, 2004).

A avaliação psicomotora é considerada imprescindível, quer no âmbito da educação, da reabilitação ou da intervenção psicomotora, uma vez que permite que a mesma seja planificada e adaptada ao indivíduo (Pitteri, 2004), bem como seja elaborado um diagnóstico (Leitão et al., 2008). Assim, esta permite (Pitteri, 2004): avaliar competências psicomotoras, avaliar atitudes e comportamentos no âmbito psicomotor, avaliar características psicoafectivas por trás das atitudes e comportamentos, avaliar a capacidade para utilizar as competências psicomotoras, elaborar diagnósticos, utilização de instrumentos validados e padronizados e relacionar todos os sinais clínicos.

A avaliação psicomotora tem dois grandes princípios: a “**abordagem global** do sujeito: uma observação e uma compreensão do sujeito sem clivar a avaliação dos elementos funcionais e relacionais, e a **inscrição das manifestações psicomotoras**, no momento atual e o seu carácter lábil/modificável” (Pitteri, 2014, p. 48). Segundo o autor, o facto de não efetuar uma avaliação, fará com que o método utilizado na intervenção não seja adequado às especificidades do indivíduo, ou acabe por haver uma adaptação do indivíduo ao técnico, e não o contrário. Por outro lado, podem ser ignorados possíveis riscos, uma vez que a intervenção pode acabar por se revelar inadequada, podem ser rejeitadas algumas resistências do indivíduo à intervenção, e pode haver o risco de entrar no campo profissional de outras áreas (Pitteri, 2004).

A avaliação (psicomotora) pode ser então formal ou informal, e no caso da avaliação formal, esta deve basear-se em instrumentos específicos, e, se possível, validados e padronizados para a população portuguesa (Leitão et al., 2008), complementando a avaliação realizada aos diferentes domínios da vida através da entrevista e da anamnese

(Chaix et al., 2013). É de se realçar, contudo, a escassez deste tipo de instrumentos para populações-alvo a nível nacional.

Tendo em consideração este conjunto de informações, a avaliação inicial, realizada pela estagiária, baseou-se em instrumentos de recolha de informação (qualitativa e quantitativa) sobre as competências psicomotoras em meio aquático, cujos resultados permitiram a quantificação do desempenho, apesar de a sua interpretação ter sido feita com referência a critério, baseada nas observações qualitativas. O estabelecimento do perfil individual, discutido com a orientadora, permitiu a definição das áreas fortes e as áreas a promover, para em seguida se planearem atividades que fossem ao encontro destas necessidades, e da sua priorização, considerando as preferências e interesses do próprio cliente, que assumia um papel ativo ao longo deste processo (aliás, a decisão de frequentarem a Psicomotricidade é decisão do cliente e respetiva família). Com o tempo, o programa foi sendo adaptado ou reestruturado consoante as respostas e a motivação de todos, e centrou-se em atividades que exigiam o desempenho motor e cognitivo, quer em situação individual, quer em situação de grupo onde também se aproveitava a estimulação da interação social. Os objetivos e as atividades caracterizaram-se por uma complexificação crescente, e a seleção das estratégias variava de acordo com as características individuais.

A frequência das sessões variava de caso para caso (entre 1 a 3 sessões por semana), pelo que o planeamento também variava. De qualquer das formas, cada planeamento de sessão implicava a descrição da atividade e dos seus objetivos, o tempo e o material, as estratégias de apresentação da tarefa e da sua organização, os feedbacks e os critérios de êxito adequados a cada cliente, havendo sempre um espaço dedicado a outras observações que se considerassem relevantes. Após o término da intervenção, os mesmos instrumentos iniciais foram reaplicados, como forma de perceber as evoluções (ou não) dos clientes e em que áreas, permitindo inferir a qualidade do programa. Para esta análise, para além dos valores encontrados, é considerada a monitorização ao longo de todo o processo de intervenção da estagiária, bem como todas as características pessoais e do contexto apontadas. A reflexão sobre a intervenção é outro dos objetivos deste trabalho.

A participação ativa do cliente foi sempre fomentada, contribuindo com ideias para atividades a desenvolver nas sessões, ao mesmo tempo que outros critérios presidiram à seleção das atividades: adequação cronológica e funcional, a atenção pelo ritmo individual e a necessidade de se ir diminuindo, progressivamente o apoio dado pela estagiária (e.g.:

desde o apoio físico até à inexistência de modelação), através da repetição e numa atenção especial aos períodos de transição entre tarefas que se procurou que fosse breve e com alguma linha condutora entre as tarefas. A introdução de atividades novas foi sempre cuidadosamente planeada no sentido do confronto e resolução de problemas, apesar do eventual desconforto que pudesse ocorrer, utilizando-se o diálogo para a sua resolução. A abordagem estruturada, a comunicação simples e acessível (com frases curtas e informação concreta), a decomposição de tarefas, o trabalho de pares, o reforço positivo e a flexibilidade quer das atividades e sua adaptação, quer das estratégias da sua resolução, o foco no corpo em movimento e no jogo/lúdico foram outras das estratégias implementadas.

Neste ponto, aproveita-se então para explicar que apesar de não ser rígida, a estruturação das sessões obedecia a um plano geral:

- **Psicomotricidade em Meio Aquático** (Individual e Grupo) com sessões de 30 minutos (individuais) ou 45 minutos (grupo), e composta por três etapas:
 - ✓ *Ritual de Entrada na Piscina* de acordo com as características de cada cliente e com o seu grau de autonomia e familiarização com o meio aquático (e.g.: pelas escadas, sentados na borda da piscina, mergulho, entre outros);
 - ✓ *Diálogo inicial* onde era partilhada a organização da sessão, i.e., era explicado o que se iria fazer nas diferentes etapas (e.g.: no colchão reproduzir uma flor, rastejar por baixo dos ramos da árvore e depois escorregar no escorrega para o lago), ao mesmo tempo que se avaliava, de forma informal, o estado do cliente, aproveitando-se ainda para falar sobre eventos relevantes ou que o cliente quisesse;
 - ✓ *Atividades* – sendo esta etapa a parte fundamental da sessão e que se centrava na promoção das competências de adaptação ao meio (e.g.: respiração, deslocação, imersão, entre outros) e psicomotoras sob a forma de jogo, circuito...; é de se realçar que durante a realização das tarefas a técnica promovia o diálogo, maximizando a significação da tarefa e a sua compreensão, bem como das experiências e vivências resultantes;
 - ✓ *Retorno à Calma*: que poderia variar entre atividades mais descontraídas ou diálogo final, tentando fazer a rechamada das aprendizagens, bem como a avaliação de como correu a sessão; e, finalmente,
 - ✓ *Ritual de Saída*: que englobava o calçar dos chinelos e ir até ao balneário na companhia da técnica.

As sessões de Psicomotricidade em Ginásio (anexo A) assumiam a mesma estrutura, mas sem a primeira e a última fase anteriores (i.e.: rituais de entrada e saída da piscina), e tinham uma duração de 45 minutos, decorrendo no ginásio da própria CERCICA:

– **Psicomotricidade em ginásio:**

- ✓ *Diálogo Inicial*
- ✓ *Fase de Ativação Geral:* atividades de introdução e de preparação para as atividades seguintes;
- ✓ *Fase fundamental* mais direcionada para atividades funcionais e características da sua vida diária, baseando-se o trabalho na articulação entre o motor, cognitivo e socio-emocional, privilegiando-se o jogo e a experiência pelo movimento. Tal como em todos os outros contextos, a atuação da estagiária visou o trabalho ao nível da autorregulação comportamental, compreensão das regras sociais e respeito pelo outro.
- ✓ *Retorno à calma e diálogo final*
- ✓ *Arrumação do material.*

Nas aulas de aparelhos eram realizadas atividades que promovessem o desenvolvimento dos grupos musculares:

– **Atividade Motora Adaptada – Aparelhos**, seguia um plano mensal elaborado pela técnica (orientadora):

- ✓ *Aquecimento:* onde para além do diálogo inicial se promovia a ativação geral das principais articulações a trabalhar durante a sessão (e.g.: abdominais *crunch*, dorsais e agachamentos, e algumas atividades (10 repetições, duas vezes) com pesos (bicípites, peitorais, etc), que variavam de semana para semana);
- ✓ *Circuito de aparelhos:* cada cliente fazia exercício em 2 aparelhos diferentes, (15 minutos cada) estimulando-se a capacidade cardiovascular e a força muscular, bem como a persistência e a capacidade de atenção na tarefa;
- ✓ *Retorno à calma* que através de exercícios de alongamento se procurava o relaxamento muscular e a regulação tónica e respiratória.

No que toca à prática do Surf adaptado, a estruturação das sessões (anexo B) variava em função do tempo: ou seja, quando as condições climáticas impediam a sua realização optava-se por realizar a aula na piscina da instituição; em caso contrário, as aulas de surf apresentavam a seguinte estrutura:

– **Surf adaptado:**

- ✓ *Fase de Ativação Geral:* onde cada cliente, juntamente com os técnicos, se responsabilizava por levar as pranchas da escola de surf para o areal e onde se concretizavam exercícios de resistência muscular e de equilíbrio;
- ✓ *Fase Fundamental:* já no mar e com a concretização de atividades que visam a autonomia na água, o respeito pelas regras de segurança e o treino de habilidades específicas da modalidade (equilíbrio, coordenação, deslocamentos na água, mudança de direção, entre outros); e
- ✓ *Fase Final:* cada cliente ficava responsável por trazer a sua prancha de volta para a escola, para em seguida passar pelo duche.

Outra das atividades onde a estagiária teve oportunidade de participar foi no projeto de Rugby (no campo ou no pavilhão do Dramático de Cascais quando as condições climáticas impediam a atividade ao ar livre) e onde as sessões se estruturavam da seguinte forma:

– **Rugby**

- ✓ *Balneário:* onde se estimulava o funcionamento independente ao nível do vestir (equipamento) e despir (roupa de casa);
- ✓ *Ativação Geral:* onde para além do diálogo inicial, se procediam a exercícios de aquecimento e trabalho de resistência muscular;
- ✓ *Fase Fundamental:* conjunto de atividades para o trabalho específico das técnicas da modalidade e competências de jogo (com regras adaptadas);
- ✓ *Retorno à calma:* após um período de alongamento, procedia-se à reflexão final com todos os jogadores e respetivo grito “Oh Gui” de equipa; e
- ✓ *Balneário:* desequipar e vestir a roupa autonomamente.

Tal como se pode constatar, seria muito difícil explicitar toda a intervenção feita com todos os clientes e em todos os contextos, pelo que neste momento iremos apresentar de forma mais pormenorizada, o estudo de caso, que atuará então como exemplo da organização – planeamento e implementação do estágio. Para este efeito, faremos uma apresentação resumida do caso, dos instrumentos que foram utilizados para ao estabelecimento do perfil intra-individual e no qual se baseou o programa estabelecido, para posteriormente se proceder à discussão e reflexão dos resultados obtidos.

4.3 Estudo de Caso

Após o período de observação de todos os clientes, foi proposto à estagiária que seleccionasse dois estudos de caso. Numa primeira fase, foi selecionada uma cliente que era possível acompanhar em dois contextos (aquático e de aparelhos), e uma segunda exclusivamente em contexto aquático. Após a elaboração do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, apenas foi possível entregar o mesmo ao Encarregado de Educação de um dos estudos de caso (o segundo), sendo esse o apresentado em seguida.

Para além das razões acima referidas, o estudo de caso descrito e analisado no presente capítulo foi selecionado por ter sido acompanhado pela estagiária desde início, uma vez que se trata de um dos alunos do “Acordo de Cooperação” que ingressou pela primeira vez no ano letivo 2016/2017.

A A. é do género feminino, tem 6 anos (aquando da avaliação inicial), nasceu a 14 de novembro de 2011, frequenta o 1.º ano de escolaridade e apresenta como diagnóstico AGD. Após ser sinalizada e cumprir os requisitos para ingressar no Acordo de Cooperação, pela primeira vez, estabelecido com a Câmara Municipal de Cascais, foi estabelecido um dia e horário em que a mãe a pudesse acompanhar. Assim, as sessões da A. ficaram às 12:15 de Segunda-Feira, com uma duração de 30 minutos, tal como todas as sessões do Acordo de Cooperação. Mais à frente, na intervenção, e após os resultados obtidos, foi proposto à mãe que a A. aumentasse a sua frequência para duas vezes por semana, o que acabou por não ser possível por incompatibilidade de horários.

Tendo por base a literatura analisada, sobre AGD, é de referir que a A. apresentava alguns problemas de praxia global e falta de coordenação, observados nas atividades realizadas no cais da piscina. A nível da linguagem não apresentava qualquer problema. Estavam presentes algumas atitudes de desafio e alguns comportamentos de distração, tal como referido pela literatura, em que são descritas alterações comportamentais e emocionais. Foi assim estimulada a reaprendizagem postural e psicomotora, (e.g.: correr) utilizando o jogo simbólico e atividades lúdicas, de forma a promover o conhecimento corporal.

De uma forma geral, a A. é quinzenalmente acompanhada por uma educadora especializada, em casa, que transmite à mãe algumas estratégias para lidar com o comportamento da A. Esta educadora, por vezes, assistia às aulas da A. no meio aquático e partilhava diversas informações com a técnica e a estagiária, que acabaram por ser muito úteis para o rumo da intervenção. Na primeira sessão que a educadora especializada

presenciou, partilhou que quando a A. era bebé, o seu pai teve um AVC, e, devido à sua insegurança motora, a A. passava maioria do tempo no berço, não sendo devidamente estimulada no período ótimo.

Na primeira sessão, verifica-se que a A. apresentou dificuldades na adaptação ao meio aquático e alguma desorganização do movimento, no entanto, aceitou participar nas tarefas propostas, mesmo que em situações pontuais tenha revelado alguns comportamentos de recusa, negociação e/ou manipulação da técnica. De uma forma geral, é uma criança que cumpre ordens e regras, pelo menos as da piscina e das atividades propostas. Adere também muito bem ao jogo simbólico, lengalengas e circuitos variados.

4.3.1 Instrumentos de Avaliação

Para realizar um estudo e análise pormenorizados, foram recolhidos alguns dados através da anamnese (aplicada pela técnica, mas disponibilizada para consulta da estagiária) e realizada uma primeira observação no meio aquático. Posteriormente, foi criada uma *Checklist* de Observação Psicomotora em Meio Aquático (anexo D), assim como o seu Protocolo de Avaliação, e planeada a intervenção. Esta foi realizada com base nas competências a avaliar, bem como as suas progressões, para que a intervenção visasse a evolução. Para elaborar a *Checklist* de Observação Psicomotora foi realizada uma pesquisa aprofundada sobre avaliação em Meio Aquático, nas diferentes faixas etárias. A intervenção com o estudo de caso foi realizada na íntegra neste meio.

Neste sentido, a *Checklist* referida foi criada para avaliar os diversos domínios em meio aquático. No início são observadas e avaliadas competências mais relacionadas com o meio.

– *Entradas e Saídas do Meio Aquático* envolvendo 9 itens:

- Entra na água partindo da posição de sentado, deslizando;
- Entra na água partindo da posição de sentado, rodando e entrando de costas;
- Entra na piscina pelas escadas, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões);
- Entra na água partindo da posição vertical, pela berma;
- Entra na água de cabeça, partindo da posição de sentado;
- Entra na água de cabeça, com um joelho fletido no chão;
- Entra na água de cabeça, partindo da posição de pé;
- Sai da água pela berma;
- Sai da água pelas escadas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões).

-
- *Adaptação ao Meio Aquático* envolvendo 7 itens:
 - Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água;
 - Entra para a água.
 - Chapinha na água e tolera salpicos;
 - Desloca-se na água na vertical;
 - Desloca-se na água na horizontal;
 - Molha a cara;
 - Molha a cabeça na totalidade.
 - *Equilíbrio e Flutuação no Meio Aquático* envolvendo 10 itens:
 - Mantém o equilíbrio vertical com apoio de superfícies fixas;
 - Conserva o equilíbrio vertical sem apoio de superfícies fixas;
 - Mantém a verticalidade enquanto anda na água;
 - Mantém o equilíbrio vertical sem apoio plantar;
 - Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal;
 - Mantém o equilíbrio em posição de decúbito ventral;
 - Mantém o equilíbrio, em decúbito ventral, durante a técnica propulsiva;
 - Mantém o equilíbrio, em decúbito dorsal, durante a técnica propulsiva;
 - Flutua em decúbito dorsal;
 - Flutua em decúbito ventral.
 - *Controlo Respiratório* envolvendo 8 itens:
 - Realiza apneia durante uma imersão de curta duração;
 - Fecha a boca quando coloca a cara na água;
 - Sopra um objeto que flutua na água;
 - Faz expiração bucal com imersão da boca;
 - Faz expiração bucal com imersão do nariz;
 - Faz expiração nasal com imersão da face;
 - Apresenta controlo respiratório nos deslocamentos debaixo de água;
 - Fatigabilidade.
 - *Rotações no Meio Aquático* envolvendo 4 itens:
 - Passa da posição vertical para decúbito ventral;
 - Passa do decúbito ventral para posição vertical;
 - Passa da posição vertical para decúbito dorsal;
 - Passa de decúbito dorsal para posição vertical.
 - *Imersão* envolvendo 6 itens:

-
- Imerge o corpo na totalidade;
 - Imerge, tocando no fundo da piscina, a 90 cm;
 - Imerge, tocando no fundo da piscina, a 110 cm;
 - Abre os olhos quando imerge;
 - Apanha objetos no fundo da piscina, a 90 cm;
 - Apanha objetos no fundo da piscina, a 110 cm.
- *Deslocamentos no Meio Aquático* envolvendo, ao todo, 14 itens:
- Verticais
 - ✓ Anda para a frente;
 - ✓ Anda para trás;
 - ✓ Anda de lado;
 - ✓ Corre;
 - ✓ Salta a pés juntos, no mesmo sítio;
 - ✓ Salta a pés juntos, com deslocamento para a frente.
 - Horizontais
 - ✓ Desloca-se, em decúbito ventral;
 - ✓ Desloca-se, em decúbito dorsal;
 - ✓ Realiza movimentos propulsivos, alternados, dos membros inferiores, em decúbito ventral;
 - ✓ Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito ventral;
 - ✓ Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito ventral;
 - ✓ Realiza movimentos propulsivos, alternados, dos membros inferiores, em decúbito dorsal;
 - ✓ Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito dorsal;
 - ✓ Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito dorsal.

passando depois para competências mais relacionadas com o desenvolvimento pessoal:

- *Comunicação* envolvendo 6 itens:
- Estabelece contacto visual;
 - Demonstra intencionalidade comunicativa;
 - Comunica de forma não-verbal;
 - Comunica de forma verbal;
 - Compreende instruções simples;

-
- Compreende instruções com duas componentes;
 - Compreende instruções complexas (três ou mais componentes).
 - *Grau de Interação* envolvendo 6 itens:
 - Reconhece o/a técnico/a e os pares;
 - Sabe o nome do/a técnico/a e dos pares;
 - Aceita sugestões/correções;
 - Pede ajuda;
 - Aceita ajuda;
 - Mantém uma conversa;
 - Partilha opiniões;
 - Partilha material;
 - Distingue as pessoas estranhas das que lhe são familiares;
 - Interage, participando em atividades;
 - Interage, através da imitação;
 - Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros;
 - Jogo exploratório manipulativo;
 - Jogo simbólico;
 - Jogo de equipa/cooperação.
 - *Comportamentos em Sessão*, envolvendo, ao todo, 9 itens:
 - Segurança
 - ✓ Demonstra noção do perigo;
 - ✓ Sabe e cumpre as regras de segurança
 - Participação e Empenho
 - ✓ Espera pela sua vez;
 - ✓ Interessa-se e mexe em objetos que se encontram na água;
 - ✓ Participa nas atividades;
 - ✓ Permanece nas atividades até ao seu término;
 - ✓ Cooperar nas atividades;
 - ✓ Mostra-se motivado ao longo da sessão;
 - ✓ Responde às questões que lhe são colocadas.

Optou-se por uma avaliação não quantitativa, por parecer mais adequada à população-alvo, uma vez que o mais importante da avaliação era perceber o que o indivíduo realizava ou não, para trabalhar da forma mais apropriada. A cotação divide-se em três níveis: não adquirido (NA=0), em aquisição (EA=0.5) e adquirido (A=1). Para os

casos em que esta classificação não era suficiente, foi criada também uma coluna para especificar se é necessário ajuda, e de que tipo (Verbal, Verbal com Demonstração, Flutuadores, Física Parcial e Física Total).

4.3.2 Procedimentos

Para se dar início ao estudo de caso, e apesar de a família e da A. já terem sido informados da presença da estagiária na intervenção, elaborou-se um consentimento informado (anexo E) explicativo referindo o que se pretendia com o estudo de caso (objetivos) e quais as etapas e procedimentos previstos para a sua concretização (instrumentos de avaliação aplicados em dois momentos distintos, duração do programa, entre outros). O direito ao anonimato e a confidencialidade dos dados foram assegurados desde o início, bem como a inexistência de riscos para a segurança da A.. Após a concordância escrita de todos os intervenientes (cliente e família) deu-se início à aplicação dos instrumentos de avaliação, concretizada por observação direta, pela própria estagiária, em contexto de meio aquático.

A aplicação da *Checklist*, tanto para a avaliação inicial como final, foi feita na CERCICA, após a sessão escolhida para a mesma. Para além desta, a estagiária participou com a técnica na elaboração da avaliação inicial e final da A., com base nos critérios da instituição. Desta forma, quer a avaliação inicial, quer a avaliação final vieram de duas fontes e da aplicação a dois instrumentos, apoiadas pela observação direta da cliente.

4.3.3 Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi realizada em outubro de 2016 (anexo F), três sessões após o início da intervenção com a A., tendo sido observadas algumas dificuldades na adaptação ao meio aquático, uma vez que mostrava algum medo em se manter apenas com os flutuadores e sem apoio físico. Apresentava algum incómodo quando lhe colocavam água na cara, ou mesmo com salpicos, sem controlo respiratório no meio e dificuldades nos equilíbrios verticais e em decúbitos, não sabendo utilizar os flutuadores para se deslocar no meio. Foi observada alguma desorganização do movimento, tanto na água, como no cais de piscina e/ou em destrezas motoras várias.

Após as primeiras sessões, começou a perceber como utilizar os flutuadores como apoio, apesar de precisar de apoio constante, uma vez que se desequilibrava diversas vezes. Por outro lado, já entrava e saía da piscina de costas e pelas escadas, utilizando os dois apoios fixos, quer sentando-se na borda com os pés dentro de água, quer entrando na água. A A. mantinha o equilíbrio vertical com e sem apoio, deslocando-se na água nesta

posição. Ao nível do controlo respiratório, a A. já conseguia soprar uma bola a flutuar na água, com expiração bucal, fechando a boca quando colocava a cara na água. No que toca ao deslocamento a A. andava para a frente, trás e para o lado, sendo capaz de saltar a pés juntos no mesmo sítio, deslocando-se ainda em decúbito ventral e dorsal. Do ponto de vista da comunicação, estabelecia contacto visual, demonstrando intencionalidade comunicativa, e comunicava de forma verbal e não-verbal, compreendendo instruções simples e complexas, interagindo nas atividades, quer através da conversação ou mesmo partilhando material, com a psicomotricista e com os pares, que se encontravam na piscina. A A., sempre que necessitava pedia e aceitava ajuda, e distinguia as pessoas estranhas das familiares. O jogo exploratório manipulativo e o simbólico estavam adquiridos, bem como alguns comportamentos sociais, i.e., esperando pela sua vez, mantendo-se na tarefa, mostrando interesse pelos objetos na água, cooperando nas atividades e respondendo às questões solicitadas.

Com base nos resultados obtidos inicialmente, estabeleceu-se um plano de intervenção que visava trabalhar a adaptação ao meio aquático (e.g.: controlo respiratório, deslocamentos em diferentes posições, imersões e destrezas motoras variadas) e a regulação do comportamento, entre outros domínios, apresentando-se, em seguida, o que foi feito neste âmbito.

4.3.4 Programa de Intervenção em Meio Aquático

Em conjunto com a orientadora, foram planeadas as sessões, de duas em duas semanas. Os resultados obtidos com a primeira avaliação permitiram estabelecer o perfil individual do caso e os objetivos gerais e específicos (tabela 4) que se iriam trabalhar ao longo do período de intervenção, possibilitando o planeamento mais adequado ao caso. No fim da implementação do programa, procedeu-se, mais uma vez, à aplicação dos mesmos instrumentos para se poder analisar a evolução, ou não, nas várias áreas abordadas, ao mesmo tempo que se permitiu a reflexão sobre a qualidade do programa.

O presente plano de intervenção foi elaborado pela técnica e a estagiária, em conjunto, estabelecendo-se assim as seguintes áreas a promover: autonomia e adaptação ao meio aquático. De forma a trabalhar o proposto, com base numa intervenção positiva, motivadora e que promovesse a autoestima, a intervenção psicomotora utilizou atividades lúdicas e o jogo simbólico, entre outras estratégias (e.g.: incentivo, reforço, utilização de vários materiais).

Tabela 4 - Objetivos para a Intervenção no Meio Aquático

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Resultado Esperado
Autonomia	Promover a autonomia nas entradas e saídas da água.	Entrar na água pela berma da piscina, a partir da posição de sentada, com segurança.
		Entrar na água pela berma, com salto de pés, com apoio físico.
		Sair da água pela berma da piscina, sem ajuda física.
Adaptação ao Meio Aquático	Promover o controlo respiratório no meio aquático.	Realizar expiração bucal ritmada com a boca à superfície da água em diferentes posições.
		Realizar apneia nas imersões inesperadas.
		Realizar expiração bucal nas imersões previstas.
	Maximizar a autonomia nos deslocamentos no meio aquático	Deslocar-se na posição vertical com um rolo entre os membros inferiores (MI), com movimento de pedalada.
		Deslocar-se na posição de decúbito ventral, com auxílio de prancha e rolo na cintura pélvica.
		Deslocar-se em decúbito dorsal, com auxílio de rolo nas axilas, com alinhamento do corpo.
Reorganização do Movimento	Maximizar a agilidade e coordenação motora	Subir e descer autonomamente de um colchão que se encontra à superfície da água.
		Deslocar-se agarrada ao separador da piscina, sem colocar os pés no chão.
		Coordenar o movimento global nas destrezas motoras no cais de piscina.
		Melhorar o equilíbrio dinâmico em tarefas de solo.
		Melhorar a coordenação óculo-manual, em tarefas de precisão.
		Reorganizar o movimento após situações inesperadas.
Regulação do Comportamento	Melhorar o ajuste comportamental à situação.	Utilizar a negociação para realizar uma tarefa de que goste.
		Regular o comportamento perante uma tarefa de maior dificuldade.

Ao longo das sessões, o apoio foi individual, estando a psicomotricista-estagiária atenta às reações e expressões faciais e emocionais que a A. ia manifestando. A utilização de material atrativo e adequado à idade cronológica de A. foi uma técnica constante ao longo do programa, bem como a seleção das atividades que procuravam ir ao encontro, não só dos objetivos estabelecidos, como das preferências e interesses da criança. Das principais estratégias utilizadas, e que parecerem ter atuado como facilitadoras, destacam-se a demonstração, a instrução verbal simples e acompanhado do modelo, o reforço positivo e corretivo, as atividades lúdicas e o jogo simbólico e a utilização de diversos materiais e flutuadores. Tal como se pode inferir, da observação das tabelas 5 e 6 - exemplos dos planeamentos elaborados ao longo do programa psicomotor desenvolvido, a apresentação das atividades para a estimulação dos objetivos partiu das áreas mais

fortes da A. e numa trajetória de complexificação progressiva. Tudo isto objetivando que a criança vivenciasse o sucesso e melhorasse, assim, o seu sentimento de competência, permitindo a promoção da resistência à frustração e ao insucesso, quando eventualmente, acontecia.

Tabela 5 - Planeamento de Sessão de Janeiro

Data	Frequência Semanal: 1	Responsável pela Atividade: Joana Rodrigues
	Duração: 30 min. (12h15-12h45)	Responsável pela Dinamização: Filipa Barrote
Objetivos da Sessão		Atividades
<ul style="list-style-type: none"> – Adaptação ao Meio Aquático – Melhorar o Equilíbrio – Trabalhar a Destreza Motora 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Deve descalçar e arrumar os chinelos e entrar para a piscina pelas escadas, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões). 2. Será explicada toda a atividade, e pedido à A. que explique a atividade tal como a percebeu. 3. A aluna terá de apanhar uma rodela numa extremidade da piscina, transportá-la para a extremidade oposta. Deve subir para o cais pela berma e montar uma flor semelhante à que se encontra montada no colchão. Na ida deve rastejar por baixo dos bastões e entrar na água pelo escorrega. Os deslocamentos são os seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a. Andar agarrada ao corrimão; b. Deslocamentos na vertical com pedalada, com rolo nas pernas; c. Deslocamentos na vertical com 2 meios rolos nas axilas; d. Deslocamentos em Decúbito Ventral com rolo nas axilas; e. Deslizes em Decúbito Dorsal com rolo nas axilas 4. Deve sair da água pelas escadas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões), calçar os chinelos e dirigir-se para o balneário com a estagiária.

Tabela 6 - Planeamento de Sessão de Junho

Data 26/06/2017	Frequência Semanal: 1	Responsável pela Atividade: Joana Rodrigues
	Duração: 30 min. (12h15-12h45)	Responsável pela Dinamização: Filipa Barrote
Objetivos da Sessão		Atividades
<ul style="list-style-type: none"> – Adaptação ao Meio Aquático – Trabalhar o Controlo Respiratório – Melhorar as Destrezas Motoras – Melhorar a Agilidade 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Deve descalçar e arrumar os chinelos e entrar para a água de cabeça, partindo da posição de sentado. 2. Será explicada toda a atividade, e pedido à A. que explique a atividade tal como a percebeu. 5. Terá de apanhar uma argola submersa a 90cm e deslocar-se até à extremidade oposta da piscina. Deve subir para o cais pela berma e lançar a argola acertando no pino correspondente. Depois deve voltar a entrar na água com um salto e regressar da mesma forma. Os deslocamentos serão os seguintes: <ol style="list-style-type: none"> a. Deslocamentos na vertical com pedalada, com rolo nas pernas; b. Deslocamentos em Decúbito Ventral com prancha grande e rolo na Cintura Pélvica (pullboy nos Membros Inferiores); c. Deslizes em Decúbito Ventral com prancha grande. d. Deslizes em Decúbito Dorsal com o rolo na parte superior das costas. e. Deslocamentos em Decúbito Dorsal com rolo nas axilas. f. Deslocamentos com uma prancha pequena. g. Mergulhos. 3. Deve sair da água pela berma, calçar os chinelos e dirigir-se para o balneário com a estagiária.

4.3.5 Análise e Discussão dos Resultados

Em seguida serão apresentados os resultados obtidos pelo instrumento de avaliação, o que nos permitirá a sua análise, e a reflexão do processo de intervenção.

De uma forma geral, é possível verificar que existiram variações na cotação da maioria dos domínios, sendo importante referir que as sessões eram uma vez por semana, com uma duração de 30 minutos. Na avaliação final, a A., de uma forma geral, apresentou uma melhoria significativa nos seus desempenhos, inferindo-se que a assiduidade da A. foi um dos fatores que parece ter contribuído para essa evolução, i.e., de 31 sessões previstas, esteve presente em 27. Sempre que a A. estava doente e/ou tinha consultas ou exames marcados, a mãe avisou a técnica e tentou sempre compensar em horários pertinentes para que esta não perdesse nenhuma aula. Os resultados foram analisados

item a item (tabela 7), e comparados entre os dois momentos de avaliação. É importante referir que as avaliações foram realizadas com parâmetros qualitativos.

Tabela 7 - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação

DOMÍNIOS E ÍTENS		TOTAL DE DOMÍNIO	AValiação INICIAL	AValiação FINAL
1.	Entradas e Saídas do Meio Aquático	9	3	7
	Entra na água partindo da posição de sentado, deslizando		NA	A
	Entra na água partindo da posição de sentado, rodando e entrando de costas		EA	A
	Entra na piscina pelas escadas, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões)		A	A
	Entra na água partindo da posição vertical, pela berma		NA	A
	Entra na água de cabeça, partindo da posição de sentado		NA	A
	Entra na água de cabeça, com um joelho fletido no chão		NA	NA
	Entra na água de cabeça, partindo da posição de pé		NA	NA
	Sai da água pela berma		EA	A
	Sai da água pelas escadas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões)		A	A
2.	Adaptação ao Meio Aquático	7	4,5	6
	Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água		A	A
	Entra para a água		A	A
	Chapinha na água e tolera salpicos		EA	A
	Desloca-se na água na vertical		A	A
	Desloca-se na água na horizontal		EA	A
	Molha a cara		EA	EA
	Molha a cabeça na totalidade		NA	EA
3.	Equilíbrio e Flutuações no Meio Aquático	10	6,5	6,5
	Mantém o equilíbrio vertical com apoio de superfícies fixas		A	A
	Conserva o equilíbrio vertical sem apoio de superfícies fixas		A	A
	Mantém a verticalidade enquanto anda na água		A	A
	Mantém o equilíbrio vertical sem apoio plantar		EA	EA
	Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal		EA	EA
	Mantém o equilíbrio em posição de decúbito ventral		EA	EA
	Mantém o equilíbrio, em decúbito ventral, durante a técnica propulsiva		EA	EA
	Mantém o equilíbrio, em decúbito dorsal, durante a técnica propulsiva		EA	EA
	Flutua em decúbito dorsal		EA	EA
	Flutua em decúbito ventral		EA	EA

Tabela 7 (cont.) - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação

DOMÍNIOS E ÍTENS		TOTAL DE DOMÍNIO	AValiação INICIAL	AValiação FINAL
4.	Controlo Respiratório	8	4,5	6
	Realiza apneia durante uma imersão de curta duração		NA	EA
	Fecha a boca quando coloca a cara na água		A	A
	Sopra um objeto que flutua na água		A	A
	Faz expiração bucal com imersão da boca		A	A
	Faz expiração bucal com imersão do nariz		EA	A
	Faz expiração nasal com imersão da face		NA	NA
	Apresenta controlo respiratório nos deslocamentos debaixo de água		NA	EA
	Fatigabilidade.		A	A
5.	Rotações no Meio Aquático	4	2	2
	Passa da posição vertical para decúbito ventral		EA	EA
	Passa do decúbito ventral para posição vertical		EA	EA
	Passa da posição vertical para decúbito dorsal		EA	EA
	Passa de decúbito dorsal para posição vertical		EA	EA
6.	Imersão	6	0	1,5
	Imerge o corpo na totalidade		NA	EA
	Imerge, tocando no fundo da piscina, a 90 cm		NA	EA
	Imerge, tocando no fundo da piscina, a 110 cm		NA	NA
	Abre os olhos quando imerge		NA	NA
	Apanha objetos no fundo da piscina, a 90 cm		NA	EA
	Apanha objetos no fundo da piscina, a 110 cm		NA	NA
7.	Deslocamentos no Meio Aquático	6 (V) 8 (H)	4,5 (V) 3 (H)	5,5(V) 5(H)
Vertical	Anda para a frente		A	A
	Anda para trás		A	A
	Anda de lado		A	A
	Corre		NA	A
	Salta a pés juntos, no mesmo sítio		A	A
	Salta a pés juntos, com deslocamento para a frente		EA	EA
Horizontal	Desloca-se, em decúbito ventral;		A	A
	Desloca-se, em decúbito dorsal;		A	A
	Realiza movimentos propulsivos, alternados, dos membros inferiores, em decúbito ventral		EA	A
	Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito ventral		NA	NA
	Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito ventral		NA	NA
	Realiza movimentos propulsivos, alternados, dos membros inferiores, em decúbito dorsal		EA	A
	Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito dorsal		NA	NA
	Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito dorsal		NA	NA

Tabela 7 (cont.) - Resultados obtidos nos dois momentos de avaliação

DOMÍNIOS E ITENS		TOTAL DE DOMÍNIO	AValiação INICIAL	AValiação FINAL
8.	Comunicação	7	7	7
	Estabelece contacto visual		A	A
	Demonstra intencionalidade comunicativa		A	A
	Comunica de forma não-verbal		A	A
	Comunica de forma verbal		A	A
	Compreende instruções simples		A	A
	Compreende instruções com duas componentes		A	A
	Compreende instruções complexas (três ou mais componentes).		A	A
9.	Grau de Interação	15	12,5	14
	Reconhece o/a técnico/a e os pares		A	A
	Sabe o nome do/a técnico/a e dos pares		EA	A
	Aceita sugestões/correções		EA	A
	Pede ajuda		A	A
	Aceita ajuda		A	A
	Mantém uma conversa		A	A
	Partilha opiniões		A	A
	Partilha material		A	A
	Distingue as pessoas estranhas das que lhe são familiares		A	A
	Interage, participando em atividades		A	A
	Interage, através da imitação		EA	EA
	Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros		EA	EA
	Jogo exploratório manipulativo		A	A
	Jogo simbólico		A	A
	Jogo de equipa/cooperação		EA	A
10.	Comportamento em Sessão	9	7,5	8
Segurança	Demonstra noção do perigo		EA	EA
	Sabe e cumpre as regras de segurança		EA	EA
Participação e Empenho	Espera pela sua vez		A	A
	Interessa-se e mexe em objetos que se encontram na água		A	A
	Participa nas atividades		A	A
	Permanece nas atividades até ao seu término;		A	A
	Coopera nas atividades		A	A
	Mostra-se motivado ao longo da sessão		EA	A
	Responde às questões que lhe são colocadas		A	A

Legenda: Não Adquirido (NA) – 0; Em Aquisição (EA) – 0,5; Adquirido (A) – 1.

De uma forma geral, após nove meses de intervenção, pôde notar-se uma evolução da adaptação ao meio aquático, e verificando-se que atingiu a maioria dos objetivos propostos para a intervenção. Os objetivos avaliados como *Em Aquisição* referem-se a itens que não se encontram ainda consolidados, i.e., a A. foi capaz de realizar as tarefas, mas não de forma consistente. Passou a utilizar o material disponível de forma adequada e eficaz, mantendo os flutuadores durante a realização da tarefa, dominando a função dos mesmos.

Como é possível verificar na tabela 7, no domínio de *Entradas e Saídas do Meio Aquático*, verificou-se um aumento da pontuação, ficando próximo da pontuação total, dado a maior autonomia que foi ganhando, ao realizar diferentes entradas de forma independente (e.g.: a partir da posição de sentada, com saltos, com corrida em colchões, escorrega, etc.). De forma mais detalhada, na avaliação inicial, a A. apenas tinha conseguido entrar na piscina, de costas, pelas escadas, e sair da piscina pelo mesmo meio, enquanto na avaliação final obteve a cotação de “adquirida” em 7 dos 9 itens, sendo que os dois restantes foram avaliados como “*Não Adquiridos*” (“Entrar na água de cabeça, com um joelho fletido no chão” e “Entrar na água de cabeça, partindo da posição de pé”).

No domínio de *Adaptação ao Meio Aquático* verifica-se uma melhoria nas competências trabalhadas, uma vez que os objetivos de adaptação ao meio estiveram presentes em todas as sessões. A A. apresenta bons resultados na avaliação final, uma vez que na avaliação inicial apresentava três itens como “Em Aquisição” (“Chapinha na água e tolera salpicos”, “Desloca-se na água na horizontal” e “Molha a cara”) e o item “Molha a cabeça na totalidade” estava não adquirido. Na avaliação final o “Molha a cara” e “Molha a cabeça na totalidade” foram classificadas como “Em Aquisição”, e todos os restantes foram “Adquiridos”. Pinto (2005) realça a promoção da qualidade de vida promovida pelas atividades no meio aquático e a motricidade global, o que pode apoiar as melhorias encontradas, com oportunidade para o transfer quotidiano, uma vez que no dia a dia há ações que envolvem molhar a cara (e.g.: lavar a cara).

No que toca ao *Equilíbrio e Flutuação*, a pontuação dos dois momentos de avaliação foi a mesma, tendo obtido a avaliação “Adquirido” em três itens (“Mantém o equilíbrio vertical com apoio de superfícies fixas”, “Mantém o equilíbrio vertical sem apoio de superfícies fixas”, e “Mantém a verticalidade enquanto anda na água”), enquanto todos os outros estavam “Em Aquisição”. Segundo Filho e Manoel (2002) e McManus e Kotelchick (2007), as crianças que têm o privilégio de serem estimuladas em meio aquático, acabam por demonstrar melhorias nos movimentos corporais, nos deslocamentos no meio,

assim como no equilíbrio e estabilidade postural, o que corrobora os resultados obtidos entre os dois momentos de avaliação.

Relativamente ao domínio do *Controlo Respiratório*, na avaliação inicial foram apontados três itens como “Não Adquiridos” (“Realiza apneia durante uma imersão de curta duração”, “Faz expiração nasal com imersão da face” e “Apresenta controlo respiratório nos deslocamentos debaixo de água”) e um como “Em Aquisição” (“Faz expiração bucal com imersão do nariz”). Na avaliação final conseguiu realizar apneias em imersão e melhorar o controlo respiratório em deslocamento por imersão, passando a serem classificados como “Em Aquisição” os itens relativos a isso, e melhorando ainda a classificação do item “Faz expiração bucal com imersão do nariz”, sendo classificado como “Adquirido”. Apesar do maior valor no controlo respiratório, este não foi consistente, principalmente nas imersões inesperadas. O meio aquático promove o desenvolvimento corporal, e permite trabalhar alguns movimentos, que muitas vezes podem não ser fáceis de efetuar fora do mesmo, e tem ainda efeitos a nível psicológico, uma vez que nestas idades as crianças apresentam algum medo ou desconforto (Moreno e De Paula, 2005).

No domínio *Rotações*, os resultados foram mantidos entre os dois momentos de avaliação, sendo que todos os itens foram classificados como “Em Aquisição”, uma vez que realizava todas as rotações, mas recorrendo sempre a ajuda física e de flutuadores. Esta situação seria expectável pois, segundo Teixeira-Arroyo e Oliveira (2007), o meio aquático dá a oportunidade de as crianças experimentarem diversas coisas novas, promovendo a perceção sensorial e ações no âmbito motor. Quanto à *Imersão*, e uma vez que a A. apresentava um grande incómodo com a água na face, na avaliação inicial todos os itens tiveram a classificação “Não Adquiridos”. No entanto, verificaram-se melhorias em três itens (“Imerge o corpo na totalidade”, “Imerge, tocando no fundo da piscina, a 90 cm” e “Apanha objetos no fundo da piscina, a 90 cm”) sendo classificados como “Em Aquisição”.

O domínio *Deslocamentos* foi dividido em *Deslocamentos Verticais* e *Deslocamentos Horizontais*. Da avaliação inicial para a avaliação final, nos *Deslocamentos Verticais*, a A. mostrou melhorias no item “Corre”, passando a “Adquirido”, sendo que a classificação dos restantes itens se manteve entre “Em Aquisição” (“Salta a pés juntos, com deslocamento para a frente”) e, as restantes, em “Adquirido”. Na classificação dos itens dos *Deslocamentos Horizontais*, em dois dos itens a A. manteve a classificação “Adquirido”, quatro itens no “Não Adquirido” e melhorou a classificação de outros dois itens, de “Em Aquisição” para “Adquirido” (“Realiza movimentos propulsivos, alternados, dos membros inferiores, em decúbito ventral” e “Realiza movimentos propulsivos, alternados,

dos membros inferiores, em decúbito dorsal”) apesar de por vezes ser necessária alguma referência para não realizar a abdução destes. Aceitava e facilitava os deslizos em decúbito dorsal, diminuindo o tónus, no entanto, é necessário ainda algum reforço verbal para realizar o alinhamento do corpo. Para além do trabalho proposto para o longo da intervenção, foram abordadas outras competências, como a consciencialização corporal no meio aquático. Em decúbito ventral, a A. começou a dominar o corpo para os facilitar, deslizando na água com uma prancha após impulso da técnica.

No momento de avaliação final, a A. apresentava uma melhor agilidade e coordenação motora na maioria das tarefas solicitadas, principalmente nas tarefas propostas em cais de piscina, conseguindo reorganizar o movimento em mais situações, apesar de ainda existirem momentos de desorganização global. A A. realiza imersões totais do corpo por sua iniciativa, solicitando sempre mergulhos no final da sessão. Segundo Faccio e Teixeira-Arroyo (2013), atividades lúdicas e psicomotoras promovem o desenvolvimento de padrões motores, e principalmente entre os 4 e os 6 anos, as crianças absorvem todos os estímulos a nível motor. É notável que o lúdico, associado ao psicomotor, aumenta e otimiza os ganhos no desenvolvimento motor.

Por fim, verificou-se que, a nível comportamental, a aluna aceita as tarefas propostas, não tentando negociar com a técnica. É capaz de pedir para realizar uma tarefa do seu agrado de forma adequada e aguardar por esta até ao final da tarefa proposta inicialmente pela técnica. Para o domínio *Comunicação* não foram encontradas diferenças entre a avaliação inicial e final, o que é um bom sinal, uma vez que, na avaliação inicial, a A. já apresentava a classificação máxima em todos os itens. Ao trabalhar no meio aquático pode ser desenvolvida a independência, a personalidade e a autoestima, o que pode ajudar a evolução da linguagem (Moreno e De Paula, 2005), no entanto, a A. apresentava um bom vocabulário e capacidade de comunicação.

Relativamente ao domínio *Grau de Interação*, entre os dois momentos de avaliação houve uma melhoria. Na avaliação inicial apresentava cinco itens “Em Aquisição” e os restantes como “Adquiridos”, mas na avaliação final, três desses itens foram declarados como “Adquiridos” (“Sabe o nome do/a técnico/a e dos pares”, “Aceita sugestões/correções” e “Jogo de equipa/cooperação”), ficando assim a grande maioria dos itens com esta classificação. Desta forma, percebe-se que, tal como referido por Silva, Martins, Morais e Gomes (2009) o meio aquático pode oferecer a oportunidade para explorar o meio, potencializando novas habilidades e desenvolver diversos domínios, entre eles, motor, cognitivo, afetivo e social.

Por fim, no domínio *Comportamento em Sessão* foi sentida também uma melhoria, no entanto, dos itens avaliados apenas num se verificou alteração, de “Em Aquisição”, para “Adquirido” (“Mostra-se motivado ao longo da sessão”).

Desta forma, pode referir-se que a intervenção realizada em meio aquático com a A. parece ter sido positiva, tendo sido obtidos resultados bastante positivos, e perto dos objetivos propostos. Foi possível trabalhar a relação com a A., uma vez que as sessões eram de um para um, criando assim uma boa relação terapêutica, com base na confiança e empatia.

Com o avançar da intervenção, foi notória a evolução da A. nas competências trabalhadas. O interesse foi aumentando com o evoluir das sessões, aumentando assim a sua colaboração com a técnica e o interesse nas atividades propostas.

A maioria das competências avaliadas já se encontra adquirida, no entanto algumas mais complexas ainda estão em aquisição. De qualquer das formas, a A. está melhor adaptada ao meio, sentindo-se mais segura e menos incomodada com fatores inerentes ao meio (e.g.: molhar a cara com salpicos). Ainda é prestada alguma ajuda física ou fornecidos flutuadores para auxiliar nos deslocamentos, no entanto as melhorias e a evolução foram notáveis, uma vez que apresenta uma melhor coordenação motora.

Para obter os resultados descritos, recorreu-se a diversas estratégias para a intervenção, entre elas: a demonstração, o incentivo, instrução e reforço verbal, apoio físico e de diversos flutuadores, jogos que impliquem entradas e saídas da água, jogo simbólico, e que impliquem a imersão, atividades lúdicas e a utilização de diversos materiais.

É de salientar que, ao longo de todo o processo de intervenção, a mãe da A. teve um papel muito ativo, assim como a professora que a acompanhava fora deste contexto, promovendo sempre a partilha de informação.

Segundo alguns autores (Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007), há problemas no desenvolvimento global que podem surgir muitas vezes por falta de experiências motoras.

Assim, verifica-se pertinente que a A. continue a frequentar as sessões no meio aquático, de forma a proporcionar um trabalho contínuo e potencializar as competências no meio e as questões comportamentais. De forma a dar continuidade, deve manter-se a intervenção em algumas questões de adaptação, como o controlo respiratório e a flutuação, sendo estas importantes no âmbito tónicoemocional, essencial no meio aquático, e fora do mesmo.

4.4 Atividades Complementares de Formação

Ainda no âmbito do Estágio, foi possível à estagiária participar noutras atividades que apesar de não serem específicas ou obrigatórias, permitiram o contacto com os clientes e com a intervenção psicomotora numa outra perspetiva:

- *I Jornadas Científicas de Psicomotricidade:* As I Jornadas Científicas de Psicomotricidade tiveram lugar na Faculdade de Motricidade Humana, no fim-de-semana de 17 e 18 de fevereiro de 2017. A Comissão organizadora pertencia ao Mestrado de Reabilitação Psicomotora e o tema foi “A Psicomotricidade no Século XXI – Respostas Inovadoras para Desafios Emergentes”. A estagiária assistiu a todas as conferências plenárias, às comunicações livres de “Saúde Mental Infantil”, “Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental”, “Intervenção Psicomotora em Idade Escolar” e “Visões Inovadoras em Psicomotricidade”. Foi ainda possível assistir a dois workshops “O Poder da Visualização na Relação com o Real” e “Da Psicomotricidade à Terapia Assistida com Equinos”.
- *IV Torneio Nada Lá:* A 4.^a edição do Torneio decorreu no dia 20 de abril de 2017 na Piscina Municipal da Abóboda. A organização foi da CERCICA, que contou com a participação de 84 atletas de 10 instituições. A estagiária participou na organização dos lanches, bem como na organização e logística do espaço, para o decorrer da prova. Na prova propriamente dita, foi feita contagem de tempos dos atletas em todas as provas realizadas, bem como a distribuição das medalhas.

Conclusão

Este relatório é o culminar de vários anos de estudo e empenho, em que se cria a relação entre a literatura e a realidade. Todo este processo permitiu perceber que a literatura, os apoios e a visão das pessoas com DID tem vindo a evoluir em grande escala, no entanto, devem ser criadas mais redes de apoio e estudos, principalmente no âmbito da intervenção psicomotora na DID.

A CERCICA é uma instituição com visão e valores que apoiam a promoção da qualidade de vida e potencialização da funcionalidade dos indivíduos com DID. Tudo isto surge com o objetivo de atingir a autonomia, e todo este “fruto” começa na direção, técnicos e funcionários, que trabalham numa boa dinâmica, com a intervenção baseada na relação saudável, empática e securizante. Mais importante que isso, é o facto de os clientes terem voz ativa nos seus objetivos, projetos, dia-a-dia e poderem ainda escolher as atividades do seu interesse para fazerem.

A CerMov disponibiliza serviços para diversas faixas etárias e em diversos contextos. A psicomotricidade insere-se neste grupo de respostas empreendedoras, e é muito procurada por clientes externos. Para além destes, é frequentada também por clientes da CERCICA. É criado um Plano de Intervenção onde se incluem as potencialidades e as necessidades de apoio, visando, principalmente, a promoção da capacidade adaptativa e a qualidade de vida. Desta forma, torna-se claro que o trabalho se centra no desenvolvimento de competências, e não nas dificuldades apresentadas.

Assim, as atividades de estágio seguiram a linha de pensamento da literatura mais atual sobre a DID, uma vez que tiveram, como grande pilar, a promoção do bem-estar e da QdV, ao trabalhar competências e num contexto que os próprios clientes escolheram. Muitas das sessões eram realizadas em grupo para trabalhar questões sociais e comportamentais, com tarefas estruturadas e que permitam aprendizagens independentes.

Esta oportunidade de pôr em prática toda a teoria é o surgir da verdadeira aprendizagem: começar os planeamentos, os relatórios, intervir sozinha, estabelecer a relação, improvisar no momento e saber lidar com os diferentes elementos da equipa e clientes. Foram nove meses em aprendizagem e crescimento constante, sempre com a presença da orientadora local e da sua partilha de informações, ideias e conselhos fulcrais para o crescimento pessoal e profissional.

Como em todas as experiências de aprendizagem, foram sentidas também algumas limitações. Uma das primeiras dificuldades foi o facto de a instituição não utilizar um

instrumento de avaliação padronizado, que forneça informações das verdadeiras potencialidades ou necessidades. É feita uma avaliação descritiva sobre o desempenho do indivíduo nas duas primeiras sessões no meio, e com base nisso são criados objetivos a trabalhar.

Para além disso, o facto de as faixas etárias serem tão diversas, faz com que haja um maior leque de intervenção, mas, por outro lado, uma vez que a estagiária ainda não tinha bem definido a população-alvo de interesse, dificultou a escolha de estudos de caso. Esta questão “ganha ainda mais força” ao pensar que muitos dos clientes com DID em intervenção, já frequentavam as sessões antes da estagiária iniciar o estágio.

No desenvolver propriamente dito, foi um desafio apresentar-se como figura de autoridade, na presença de determinados comportamentos, no entanto, para ultrapassar esta dificuldade, foi importantíssima a possibilidade de observar a reação da orientadora em situações semelhantes.

Por fim, o maior dilema foi mesmo na seleção do estudo de caso, uma vez que todo o estágio está muito centrado nos adultos com DID, mas após intervenção com os alunos de Acordo de Cooperação, a estagiária percebeu que o seu interesse era mesmo a intervenção com crianças.

Com tudo o referido, pode concluir-se que o balanço está além do positivo. Mais do que profissional, foi um crescimento pessoal, uma descoberta diária, que permitiu a intervenção com diversas perturbações, idades e contextos, fornecendo assim uma diversidade de experiências. Desde as sessões mais convencionais (e.g.: meio aquático), às mais inovadoras (e.g.: Oh Gui), todas elas enriqueceram estas experiências. O melhor de todo este caminho, foi chegar ao fim e poder dizer que sabia o que queria fazer o resto da vida, coisa que não era possível antes de todo este percurso.

Hoje, longe desta realidade há nove meses, percebo a diferença que faziam aqueles abraços quando chegava, ou, por vezes, um simples chamar pelo nome, já fazia a diferença no meu dia. Hoje, sei que não dei nada àquelas pessoas comparado com a carga de aprendizagens que elas me proporcionaram. Exerço o meu trabalho o melhor que posso, nunca o faria desta forma sem a boa formação que tive. Foi ali que decidi o que queria para a minha vida. Foi uma aprendizagem com muito de profissional. Foi uma aprendizagem com tudo de pessoal.

Bibliografia

- Albaret, J.-M. (2009). Place de l'examen psychomoteur dans l'évaluation neuropsychologique de l'enfant. *Evolutions Psychomotrices*, 21(83), 45-54.
- Adams, D., e Oliver, C. (2011). The expression and assessment of emotions and internal states in individuals with severe or profound intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review*, 31, 293-306. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.003
- American Academy of Neurology [AAN]. (s.d.). Evaluation of the Child With Global Developmental Delay. *AAN Guideline Summary for Clinicians*. Consultado a 7 de novembro de 2016, em: http://tools.aan.com/professionals/practice/guidelines/guideline_summaries/Global_Developmental_Delay_Clinicians.pdf.
- American Academy of Pediatrics [AAP]. (2014). Comprehensive Evaluation of the Child With Intellectual Disability or Global Developmental Delays. *Pediatrics*. 134(3), 903-918. doi: 10.1542/peds.2014-1839.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2012). A Psicomotricidade em Portugal. *Psicomotricidade*. Consultado a 6 de dezembro de 2016, em: <http://appspsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Baker, B., Neece, C., Fenning, R., Crnic, K. e Blacher, J. (2010). Mental disorders in Five Year Old Children With or Without Developmental Delay: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4), 492–505, doi: 10.1352/1934-9556-51.5.360
- Belva, B. e Matson, J (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 596-604, doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.021
- Biasoli, M. e Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira Médica*, 63(5), 225-237.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.
- Brankaer, C., Ghesquière, P. e Smedt, B. (2013). The development of numerical magnitude processing and its association with working memory in children with mild intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3361-3371, doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.001
- Brown, I., Hatton, C. e Emerson, E. (2013). Quality of Life Indicators for Individuals With Intellectual Disabilities: Extending Current Practice. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (5), 316-332. doi: 10.1352/1934-9556-51.5.316.
- Bruininks, R., e Bruininks, B. (2013). *BOT 2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency* (2.ª ed.). Segunda Edição. Pearson Assessments .
- Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy*

and Practice in Intellectual Disabilities, 7(4), 283-294, doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x

Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Cambridge University Press.

Candeloro, J. e Caromano, F. (2007). Efeito de um programa de Hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 303-309.

Caplan, B., Neece, C. e Baker, B. (2015). Developmental Level and Psychopathology: Comparing Children with Developmental Delays to Chronological and Mental Age Matched Controls. *Research in Developmental Disabilities*, 37: 143-151. doi: doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.045.

Cardoso, V. (2011). A Reabilitação de Pessoas com Deficiência Através do Desporto Adaptado. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 33(2), 529-539.

Carvalho, C. (1991). Dificuldades na aprendizagem da natação. *Revista Horizonte*, 44, 51-57.

CERCICA (2010a). *Apoios e Parcerias*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/apoios.php>.

CERCICA (2010b). *Corpos Sociais*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/corpos.php>.

CERCICA (2010c). *Destaque*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/noticias.php?ArticleID=347>.

CERCICA (2010d). *Historia*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/historia.php>.

CERCICA (2010e). *Missão, Visão e Valores*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/missao.php>.

CERCICA (2010f). *Organograma CERCICA*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/organograma.php>.

CERCICA (2010g). *Pessoas com deficiência*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/pessoas.php>.

CERCICA (2010h). *Qualidade*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/qualidade.php>.

CERCICA (2010i). *Quem Somos*. Consultado a 10 de outubro de 2016, em: <http://www.cercica.pt/somos.php>.

CERCICA (2017). *Serviços à Comunidade – CerMov*. Consultado a 22 de março de 2018, em: <https://www.cercica.pt/servicos-a-comunidade/cermov>.

CERCICA (2013). *Regulamento Interno Geral*. (documento interno não publicado).

CERCICA – Oh Gui (2013). Projeto de Oh Gui. (documento interno não publicado).

CERCICA – Surf (2015). Projeto de Surf Adaptado. (documento interno não publicado).

CERCICA (2016a). *CERCICA em números de 1976-2016, 40 anos de História*. Consultado a 16 de outubro de 2016, em: <https://www.facebook.com/CERCICASCAIS/videos/992801847440224/>.

CERCICA (2016b). *CerMov - Atividades*. Documentos não publicados na posse da autora.

CERCICA (2016c). *Plano Estratégico 2016-2018 - Plano Anual de Atividades e Orçamento 2016*.

CERCICA (2017a). *Instalações*. pesquisa feita no dia 14 de janeiro de 2018 e retirado de <https://www.cercica.pt/cercica/instalações>

CERCICA (2017b). *Plano Anual de Atividades e Orçamento 2017 – Inovar para Incluir*. pesquisa feita a 15 de janeiro de 2018 e retirado de: https://www.cercica.pt/images/pdfs/2017_Plano_Anual_Atividades_Orcamento.pdf

Chaix, Y., Coraze, J., Lareng-Armitage, J., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2013). Table-ronde sur la démarche diagnostique en psychomotricité. *Les Entretiens de Bichat*. 1-10.

Costa, J. (2008) *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora

Danielsson, H., Henry, L., Messer, D. e Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 600-607. doi: [doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.004](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.004).

Dornelas, L., Duarte, N. e Magalhães, L. (2015). Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(1), 88-103. doi: [10.1016/j.rpped.2014.04.009](https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009).

Faccio, G. e Teixeira-Arroyo, C. (2013) O efeito de diferentes metodologias de ensino da natação na psicomotricidade e na aprendizagem motora em crianças de 4 a 7 anos. *Revista Educação Física UNIFAFIBE* (2), 41-55.

Fenacerci (s.d.). *O Movimento CERCI - O aparecimento das primeiras CERCIS*. Consultado a 15 de outubro de 2016, em: <http://www.fenacerci.pt/web/fenacerci/movimento.html>.

Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20(6), 703-712.

Filho, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático*. Barueri SP: Manole.

Filho, P. e Andrade, A. (2007). Da Hidroterapia à Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 5(1), 207-214.

Filho, E. e Manoel, E.(2002) Desenvolvimento do comportamento motor aquático: implicações para a pedagogia da natação. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(2), 85-94.

Flore, L. e Milunsky, J. (2012). Updates in the Genetic Evaluation of the Child with Global Developmental Delay or Intellectual Disability. *Seminars Pediatric Neurology*, 19, 173-180. doi: [10.1016/j.spen.2012.09.004](https://doi.org/10.1016/j.spen.2012.09.004).

Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, nº 3/4, 125-139.

Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Lisboa: Edições FMH.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. (1^a ed.). Lisboa, Portugal: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora*. (3^a ed.). Lisboa, Portugal: Âncora Editora.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). Prefácio. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*. (5-10). Lisboa: Edições FMH.

Foo, Y., Chow, J., Lai, M., Tsai, W., Tung, L., Kuo, M. e Lin, S. (2015). Genetic Evaluation of Children with Global Developmental Delay Current Status of Network Systems in Taiwan. *Pediatrics and Neonatology*, 56, 213-219, doi: 10.1016/j.pedneo.2014.08.001

Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP] (2012). *Psychomotrician Professionals Competences In Europe*. Procura feita a 6 de dezembro de 2016 e disponível em <http://psychomot.org/documents/>.

Freitas, M. e Silva, J. (2010). Adaptação ao Meio Aquático – Uma Proposta Pedagógico-Terapêutica. *Revista Diversidades*. 6(28), 13-15.

Harris, J. (2006). *Intellectual disability: understanding its development, causes, classification, evaluation and treatment*. Oxford University Press.

Harris, J. (2010). *Intellectual Disability: A guide for families and professionals*. Oxford University Press, Ed.. USA.

Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x.

Hocking, J., Pearson, A. e McNeil, J. (2013). Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: a systematic review protocol. *JB I Database of Systematic Reviews e Implementation Reports*, 11(12), 94-108, doi: 10.11124/jbisrir-2013-1180

Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ] (2016). *Desporto para Todos: Programa Nacional. Governo de Portugal*. Consultado a 15 de dezembro de 2016, em: http://www.idesporto.pt/ficheiros/file/PNDpT/2016/PNDpT_2016.pdf.

Jacobson, J., Mulick, J., e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.

Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036

Jimenez-Gomez, A. e Standridge, S. (2013). A Refined Approach to Evaluating Global Developmental Delay for the International Medical Community. *Pediatric Neurology*, 51, 198-206. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.018.

Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio con adulti con difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca & Studi (R&S)*, 1: 2-10.

Katz, G., e Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*, 50(2), 132–141.

Kirk, H., Gray, K., Riby, D., e Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi:10.1016/j.ridd.2014.12.026.

Silva, J., Martins, J., Moraes, J. e Gomes, W. (2009). Influência da estimulação aquática no desenvolvimento de crianças de 0 a 18 meses: um estudo piloto. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, 16(4), 335-340.

Leitão, A. Lombo, C. e Ferreira, C. (2008). O Contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Revista Diversidades*. 6(22), 21-24.

-
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). *O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. A Psicomotricidade* (no prelo)
- Lima, C., Torgal, F. e Gouveia, R. (2012). As comorbilidades nas PEA. In C. Lima, *Perturbações do espectro do autismo - Manual prático de intervenção* (23-36). Lisboa: Lidel.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Schalock, R., Sneel, M., Spitalnik, D., Spreat, S. e Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definitions, Classification and Systems of Supports*. 10th Edition. AAMR.
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The Role of Adaptive Behavior in Functionality Approach to Intellectual Disability. In S. Santos e P. Morato, *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (9-18). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Marques, U., Castro, J. e Silva, M. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(1), 73-79.
- Martins, R. (2010). Prefácio. In A. Matias (Eds.), *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, pp.29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- McManus, B. e Kotelchuck, M. (2007). The effect of aquatic therapy on functional mobility of infants and toddlers in early intervention. *Pediatric Physical Therapy*, 19, 275-282.
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Morato, P e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial*. 14, 51-55.
- Moreira, S. (2004). Actividade Física Adaptada. *Revista Diversidades*, 4, 11.
- Moreno, J. e De Paula, L. (2005). Estimulación acuática para bebés. *Revista Iberoamericana Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 20, 53-82.
- Munster, E. e Pereira, E. (2012). Deficiência Intelectual e Psicomotricidade: Uma revisão. In *VIII Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada – Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, 13(2), 31-37.
- Murray, G., Veijola, J., Moilanen, K., Miettunen, J., Glahn, D., Cannon, T., Jones, P. e Isohanni, M. (2006). Infant motor development is associated with adult cognitive categorisation in a longitudinal birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 25-29, doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01450.x
- Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora [NRMRP]. (2016). *Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora*. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa (documento não publicado)
- Oliveira, R., Roddrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J. e Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/ Défice Intelectual. *Saúde Infantil*. 34(3), 5-10.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2011). *Sumário – Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Percy, M. (2009). Factors that Cause or Contribute to Intellectual and Developmental Disabilities. In I. Brown e M. Percy (eds). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (125-148). Paul.H. Brookes Publishing Co.

Percy, M., Brown, I., e Lewkis, S. (2007a). Abnormal Behavior. Em I. Brown, e M. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual e Developmental Disabilities* (149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Petersen, M., Kube, D., e Palmer, F. (1998). Classification of Developmental Delays. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 2-14.

Pinto R. (2005). Actividade acuática infantil, Portugal vs España: el camino a recorrer. // *Congreso Internacional de Actividades Acuáticas*. Murcia: Instituto de Ciencias del Deporte, 126-135. Consultado a 24 de março de 2018, em: <http://www.um.es/univefd/ActasAA.pdf>.

Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.

Ramos, J., Estevens, M., Sousa, E., Gomes, F., e Santos, S. (2017). A Atividade Motora Adaptada na capacidade funcional de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental com mais de 40 anos. *Revista da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes*, 3(1).

Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERCI Lisboa. *A Psicomotricidade*. (no prelo)

Rodrigo, A., Santos, S. e Gomes, F. (2016). A qualidade de vida das pessoas com Dificuldade Intelectual com necessidade de apoios permanentes: a validade de conteúdo da versão Portuguesa da Escala de San Martín. *Research e Networks in Health*, 2, 1-9.

Rodrigues, D. (2006). As dimensões de adaptação de actividades motoras. *XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa - Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(5), 53-58

Rodrigues, J. (2016). Organização da CerMov Atividades. Entrevista não publicada na posse da autora.

Ropers, H. (2010). Genetics of Early Onset Cognitive Impairment. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 11, 161-187, doi: 10.1146/annurev-genom-082509-141640.

Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muhnoz-Lasa, S. e Alguacil-Diego, I. (2015). Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia*, 30, 425-432.

Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1 (2) – dossier temático.

Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi: 10.4236/ce.2014.5

Santos, S. (2017). Psychomotor therapy e intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJPN)*. 3(2), 22-37.

Santos, S., e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial, nº8. Porto Editora

Santos S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 9, 21-31.

Santos, S., e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Revista Brasileira Edição Especial*, 18, 3-16.

Santos, S. e Morato. P. (2012b). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH/UTL.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability –Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 11ª Edição, Washington, D. C.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1 (3-4), 136–146, doi: 10.1111/j.1741-1130.2004.04028.x.

Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M., Thompson, J., Tassé, M., Verdugo-Alonso, M. e Wehmeyer, M. L. (2012). User's Guide: Intellectual Disability Definition. AAIDD.

Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M., Thompson, J., Tassé, M., Verdugo-Alonso, M., e Wehmeyer, M. (2012). User's Guide - Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities*, 11 (Eds.)

Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, W. Bradley, V., Buntinx, W.,...Yeager, M. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45,116-124, doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2.

Schalock, R. e Verdugo, M. (2002). The Concept of Quality of Life: Its Meaning, Importance, and Our Approach to It. In D. Braddock (Ed.), *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.

Schuit, M., Segers, E., Balkorn, H. e Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1884-1894, doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.015.

Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M., Sheth, R. (2003). Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. *American Academy of Neurology*, 60, 367-380.

Silva, E. (2012). Reflexão da Atividade Motora Adaptada no Ensino Superior: Breve relato. In VIII Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada – Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada, 13(2), 1-4.

Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The Relationship Between Motor Coordination and Intelligence Across the IQ Range. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 130(4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.

-
- Steele, A., Karmiloff-Smith, A., Cornish, K., e Scerif, G. (2012). The Multiple Subfunctions of attention: Differential Developmental Gateways to literacy and Numeracy. *Child Development*, 83(6), 2028-2041. doi:10.1111/j.1467-8624.2012.01809.x
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. Spreat, ...Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 291–303. doi: org/10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Tang, M., Lin, C., Lin, W. e Chen, C. (2011). The effect of adding a home program to weekly institutional based therapy for children with undefined developmental delay: A pilot randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association*, 74, 259-266,doi: 10.1016/j.jcma.2011.04.005.
- Teixeira-Arroyo, C. e Oliveira, S. (2007). Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. *Motriz, Rio Claro*, 13(2), 97-105.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., ... Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135–146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E. , Hughes, C., Rotholz, D. , ... Wehmeyer, M. (2004). *Supports intensity scale – user manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405, doi: 10.1352/0047-6765(2002)040<0390:ISIAAP>2.0.CO;2.
- Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 15: 10-23.
- van den Bos, K. P., Nakken, H., Nicolay, P. G., e van Houten, E. J. (2007). Adults with mild intellectual disabilities: can their reading comprehension ability be improved? *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 835-849. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00921.x
- Van Wingerden, E., Segers, E., Van Balkom, H. e Verhoeven, L. (2014). Cognitive and linguistic predictors of reading comprehension in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3139-3147, doi: 10.1016/j.ridd.2014.07.054.
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para Populações Especiais*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação.
- Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11), 955-965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x.
- Wong, V. e Chung, B. (2011). Value of clinical assessment in the diagnostic evaluation of Global Developmental Delay (GDD) using a Likelihood Ratio Model. *Brain e Development*, 33, 548-557, doi: 10.1016/j.braindev.2010.09.009
- Woolf, S., Woolf, C. M., e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48,209–215, doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health.

World Health Organization [WHO] (2015). Internal Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)- 2015-WHO Version. Consultado a 26 de outubro em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F70-F79>.

Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7(10), 3379-3385.

Anexos

Anexo A

Planeamento de Sessão Tipo – Psicomotricidade em ginásio

Data 17/02/2017	Frequência Semanal: 1	Responsável pela Atividade: Joana Rodrigues
	Duração: 45 min. (7h45-8h30)	Responsável pela Dinamização: Joana Rodrigues
Objetivos da Sessão		Atividades
<ul style="list-style-type: none"> – Melhorar o Controlo Respiratório – Melhorar a Condição Física 		<ol style="list-style-type: none"> 1. O aluno deve descalçar os sapatos e calçar as suas meias. 2. Deverá realizar exercícios de respiração, seguindo as indicações da técnica. 3. Tem de lançar o dado e avançar as casas correspondentes ao número do dado. Consoante a cor da casa tens de realizar uma tarefa de acordo com a descrição abaixo: <ul style="list-style-type: none"> – Amarelo - 5 abdominais Crunch; – Verde - 5 flexões de Braço; – Azul - 10 inspirações / expirações profundas; – Vermelho - 5 bicipite com 1 Kg; – Laranja - 5 flexões de ombro, deitado com haltere de 2 Kg. Para andar as casas deve fazê-lo ao pé-coxinho, mas sempre que se desequilibrar, volta à casa onde estavas inicialmente e repetes a tarefa. 4. Deverá realizar exercícios de controlo respiratório, seguindo as indicações da técnica. 5. Terá de arrumar o material em conjunto com a técnica.

Anexo B

Planeamento de Sessão Tipo – Surf

Data 16/05/2016	Frequência Semanal: 1	Responsável pela Atividade: Joana Rodrigues
	Duração: 60 min. (13h45-14h45)	Responsável pela Dinamização: Filipa Barrote
Objetivos da Sessão		Atividades
<ul style="list-style-type: none"> – Preparação para aulas em mar 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Aquecimento Articular (MS, MI e tronco) 2. Condição Física (2 Séries, 10 Repetições.) <ol style="list-style-type: none"> a. Abdominais <i>Crunch</i> b. Agachamentos com uma <i>fitball</i> nas costas e na parede c. Extensão do tronco, com extensão dos Membro Superior 3. Competências de Surf - Cais <ol style="list-style-type: none"> a. Em Decúbito Ventral em cima de um step, realizar abdução lateral dos Membro Superior com 1 Kg em cada Membro Superior. b. Realizar o take-off em cima de um colchão, com bastões por baixo c. Passar da posição de Decúbito Ventral para a de sentado numa prancha em cima de 3 <i>fitball</i> (presas com steps). 4. Competências de Surf – Água <ol style="list-style-type: none"> a. Passar da posição de Decúbito Ventral para a bípede, em cima de uma prancha com apoio de um colchão por baixo. b. Simular a remada na posição bípede com elástico de resistência. c. Nadar atrás de um objecto e tentar alcançá-lo. 5. Alongamentos

Anexo C

Planeamento de Sessão Tipo – Hidroginástica CAO

Data 22/06/2016	Frequência Semanal: 1	Responsável pela Atividade: Joana Rodrigues
	Duração: 30 min. (14h45-15h15)	Responsável pela Dinamização: Joana Rodrigues e Filipa Barrote
Objetivos da Sessão		Atividades
<p>– Trabalhar os Aspetos Cardiovasculares - Circuito</p>		<p>1. Deslocamentos Iniciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Elevação joelho (4 piscinas alternadas) b. Calcanhar (2 piscinas) c. Ida – elevação joelho; regresso – chuta à frente de costas d. Ida – calcanhar; regresso – tocar no pé à frente e. Polichinelo lateral f. Ida – passos gigante para a frente; regresso – passos gigantes para trás g. Corrida (4 piscinas) <p>2. Em roda (2 Séries, 20 rep.)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Joelho b. Calcanhar c. Chuto à frente d. Chuto atrás <p>3. Deslocamentos Intervalados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Elevação do joelho (2 piscinas) b. Calcanhar (2 piscinas) c. Polichinelo (2 piscinas) <p style="padding-left: 40px;">Em roda (2 Séries, 20 rep.)</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Chuto à frente e. Chuto atrás f. Polichinelo g. Ski <p>4. Deslocamentos Intervalados</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Iguais aos anteriores <p>5. Alongamentos</p>

Anexo D

Instrumento de Avaliação

Nome do Cliente: _____	Data de Nascimento: _____
Atividades Praticadas: _____	Frequência Semanal: _____
Técnico Responsável: _____	Data da Observação: _____

1. ENTRADAS E SAÍDAS DO MEIO AQUÁTICO	Cotação ¹			Observações ²
	NA	EA	A ³	
1.1. Entra na água partindo da posição de sentado, deslizando.				
1.2. Entra na água partindo da posição de sentado, rodando e entrando de costas.				
1.3. Entra na piscina pelas escadas, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões).				
1.4. Entra na água partindo da posição vertical, pela berma.				
1.5. Entra na água de cabeça, partindo da posição de sentado.				
1.6. Entra na água de cabeça, com um joelho fletido no chão.				
1.7. Entra na água de cabeça, partindo da posição de pé.				
1.8. Sai da água pela berma.				
1.9. Sai da água pelas escadas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões).				
TOTAL				

2. ADAPTAÇÃO AO MEIO AQUÁTICO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	

¹ Não Adquirido (NA) – 0; Em Aquisição (EA) – 0,5; Adquirido (A) – 1.

² Especificar se é necessário ajuda, e de que tipo (Verbal, Verbal com Demonstração, Flutuadores, Física Parcial e Física Total).

³ De forma autónoma.

2.1. Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água.				
2.2. Entra para a água.				
2.3. Chapinha na água e tolera salpicos.				
2.4. Desloca-se na água na vertical.				
2.5. Desloca-se na água na horizontal.				
2.6. Molha a cara.				
2.7. Molha a cabeça na totalidade.				
TOTAL				

3. EQUILÍBRIO E FLUTUAÇÃO NO MEIO AQUÁTICO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	
3.1. Mantém o equilíbrio vertical com apoio de superfícies fixas.				
3.2. Conserva o equilíbrio vertical sem apoio de superfícies fixas.				
3.3. Mantém a verticalidade enquanto anda na água.				
3.4. Mantém o equilíbrio vertical sem apoio plantar.				
3.5. Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal.				
3.6. Mantém o equilíbrio em posição de decúbito ventral.				
3.7. Mantém o equilíbrio, em decúbito ventral, durante a técnica propulsiva.				
3.8. Mantém o equilíbrio, em decúbito dorsal, durante a técnica propulsiva.				
3.9. Flutua em decúbito dorsal.				
3.10. Flutua em decúbito ventral.				
TOTAL				

4. CONTROLO RESPIRATÓRIO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	
4.1. Realiza apneia durante uma imersão de curta duração.				
4.2. Fecha a boca quando coloca a cara na água.				
4.3. Sopra um objeto que flutua na água.				
4.4. Faz expiração bucal com imersão da boca.				
4.5. Faz expiração bucal com imersão do nariz.				
4.6. Faz expiração nasal com imersão da face.				
4.7. Apresenta controlo respiratório nos deslocamentos debaixo de água.				
4.8. Fatigabilidade				
TOTAL				

5. ROTAÇÕES NO MEIO AQUÁTICO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	
5.1. Passa da posição vertical para decúbito ventral.				
5.2. Passa do decúbito ventral para posição vertical.				
5.3. Passa da posição vertical para decúbito dorsal.				
5.4. Passa de decúbito dorsal para posição vertical.				
TOTAL				

6. IMERSÃO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	
6.1. Imerge o corpo na totalidade.				
6.2. Imerge, tocando no fundo da piscina, a 90 cm.				
6.3. Imerge, tocando no fundo da piscina, a 110 cm.				
6.4. Abre os olhos quando imerge.				

6.5. Apanha objetos no fundo da piscina, a 90 cm.				
6.6. Apanha objetos no fundo da piscina, a 110 cm.				
TOTAL				

	7. DESLOCAMENTOS NO MEIO AQUÁTICO	Cotação			Observações
		NA	EA	A	
Verticais	7.1. Anda para a frente.				
	7.2. Anda para trás.				
	7.3. Anda de lado.				
	7.4. Corre.				
	7.5. Salta a pés juntos, no mesmo sítio.				
	7.6. Salta a pés juntos, com deslocamento para a frente.				
Horizontais	7.7. Desloca-se, em decúbito ventral.				
	7.8. Desloca-se, em decúbito dorsal.				
	7.9. Realiza movimentos propulsivos dos membros inferiores, em decúbito ventral.				
	7.10. Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito ventral.				
	7.11. Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito ventral.				
	7.12. Realiza movimentos propulsivos dos membros inferiores, em decúbito dorsal.				
	7.13. Realiza rotação alternada dos membros superiores, em decúbito dorsal.				
	7.14. Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores, em decúbito dorsal.				
	TOTAL				

8. COMUNICAÇÃO ⁴	Cotação ⁵			Observações
	NA	EA	A	
8.1. Estabelece contacto visual.				
8.2. Demonstra intencionalidade comunicativa.				
8.3. Comunica de forma não-verbal.				
8.4. Comunica de forma verbal.				
8.5. Compreende instruções simples.				
8.6. Compreende instruções com duas componentes.				
8.7. Compreende instruções complexas (três ou mais componentes).				
TOTAL				

9. GRAU DE INTERAÇÃO	Cotação			Observações
	NA	EA	A	
9.1. Reconhece o/a técnico/a e os pares				
9.2. Sabe o nome do/a técnico/a e dos pares.				
9.3. Aceita sugestões/correções.				
9.4. Pede ajuda.				
9.5. Aceita ajuda.				
9.6. Mantém uma conversa.				
9.7. Partilha opiniões.				
9.8. Partilha material.				
9.9. Distingue as pessoas estranhas das que lhe são familiares.				
9.10. Interage, participando em atividades.				
9.11. Interage, através da imitação.				

⁴ Linguagem recetiva, compreensiva e expressiva.

⁵ Converter Cotação

9.12. Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros.				
9.13. Jogo exploratório manipulativo.				
9.14. Jogo simbólico.				
9.15. Jogo de equipa/cooperação.				
TOTAL				

	10. COMPORTAMENTOS EM SESSÃO	Cotação			Observações
		NA	EA	A	
Segurança	10.1. Demonstra noção do perigo.				
	10.2. Sabe e cumpre as regras de segurança.				
Participação e Empenho	10.3. Espera pela sua vez.				
	10.4. Interessa-se e mexe em objetos que se encontram na água.				
	10.5. Participa nas atividades.				
	10.6. Permanece nas atividades até ao seu término.				
	10.7. Coopera nas atividades.				
	10.8. Mostra-se motivado ao longo da sessão.				
	10.9. Responde às questões que lhe são colocadas.				
	TOTAL				

<u>COTAÇÃO FINAL</u>		
DOMÍNIOS		Total
1.	Entradas e Saídas do Meio Aquático	<u>9</u>
2.	Adaptação ao Meio Aquático	<u>7</u>

Anexo E

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

No âmbito do ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (Estágio Curricular), integrado no 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar, sob o seu consentimento, a participação da sua educanda nas Atividades de Estudo de Caso, a decorrer no horário habitual da terapia (entre março e maio de 2017).

Estas Atividades visam a melhor compreensão acerca do desenvolvimento psicomotor de indivíduos que beneficiam de Intervenção Psicomotora na CerMov (Núcleo Terapêutico e de Atividades Motoras da CERCICA), sendo o presente documento destinado à obtenção de informação e dados da sua educanda, através de uma avaliação e intervenção psicomotora, visando a promoção das capacidades adaptativas e funcionais. Para o efeito será aplicada uma **Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático**. Para além disso, será ainda necessário consultar o processo da aluna na CerMov.

Todo este conjunto de informações contribuirá para o Plano de Intervenção Psicomotora da aluna.

Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da permissão da participação neste estudo. A permissão da participação da sua educanda é voluntária e pode recusar-se a fazê-lo. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência. A aplicação do instrumento não traz riscos de qualquer natureza para a criança, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos dados, resultados e registos audiovisuais.

No final da Prática de Estágio Curricular será facultado à família um exemplar do estudo referido.

As responsáveis pelo estudo

Estagiária – Filipa Fernandes Barrote

Orientadora Institucional – Dra. Joana Rodrigues

Orientadora Académica – Professora Doutora Sofia Santos

Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, _____, li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à participação da minha educanda _____. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente a participação da minha educanda neste estudo.


Assinatura do Encarregado de Educação

Grau de relação com o participante

Data: ____ de fevereiro de 2017

Anexo F

Plano de Intervenção do Estudo de Caso - CerMov

	
ACORDO DE COOPERAÇÃO CMC-CERCICA	
Ano letivo: 2016/2017	
ÁREAS DE INTERVENÇÃO: Hidroterapia Individual	RESPONSÁVEIS: Joana Rodrigues (Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação)
Aluno: [REDACTED]	
Data de Nascimento: [REDACTED]	Data: dezembro de 2016
Horário: 2ª das 12h15 às 12h45	
AValiação Inicial	
<p>A aluna iniciou as sessões de hidroterapia individual no início do mês de novembro. Nas primeiras sessões verificou-se que a aluna tem uma fraca adaptação ao meio aquático, mostrando algum medo em se manter apenas com os flutuadores sem o apoio físico da técnica. A A fica muito incomodada com a água na face (virando a cara quando surgem salpicos), não tem adquirido o controlo respiratório (bebendo água constantemente) e não tem adquiridos os equilíbrios verticais e em decúbitos, não percebendo como pode utilizar os flutuadores para os adquirir ou como se pode deslocar do meio aquático.</p> <p>Observou-se ainda grande desorganização do movimento, tanto no meio aquático, como nas tarefas solicitadas no cais de piscina e/ou em destrezas motoras várias, mostrando inclusive muita dificuldade em sair da piscina pela beirada da piscina de forma independente.</p> <p>Após as primeiras sessões, começou a compreender e a utilizar os flutuadores como forma de apoio, apesar dos diversos desequilíbrios e de necessitar da ajuda constante da técnica.</p> <p>Apesar de aceitar e participar nas tarefas propostas, existem momentos (situações pontuais) onde se verificam comportamentos de recusa, tentando negociar e/ou manipular a técnica. No entanto, de uma forma geral cumpre a ordem e as regras da piscina e da atividade.</p> <p>Adere muito bem ao jogo simbólico, lengalengas e circuitos variados.</p> <p>No presente ano letivo será trabalhada a sua adaptação ao meio aquático, como controlo respiratório, deslocamentos em diferentes posições, imersões e destrezas motoras variadas. O trabalho deverá ainda incidir na regulação do comportamento.</p> <p>De seguida apresento o Plano de Intervenção da A para o ano letivo de 2016/2017.</p>	

PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Estratégia	Métodos de Aferição	Resultado Esperado	Avaliação
Autonomia	Promover a autonomia nas entradas e saídas da água.	Jogos que impliquem as entradas e saídas da água.		1. Entrar na água pela beirada da piscina, a partir da posição de sentada, com segurança.	Atingido
				2. Entrar na água pela beirada, com salto de pés, com apoio físico.	Atingido
				3. Sair da água pela beirada da piscina, sem ajuda física.	Atingido
Adaptação ao Meio Aquático	Promover o controlo respiratório no meio aquático.	Demonstração, jogo simbólico e jogos que impliquem imersões.	Observação em avaliação final	1. Realizar expiração bucal ritmada com a boca à superfície da água em diferentes posições.	Parcialmente Atingido
				2. Realizar apneia nas imersões inesperadas.	Parcialmente Atingido
				3. Realizar expiração bucal nas imersões previstas.	Parcialmente Atingido
Maximizar a autonomia nos deslocamentos no meio aquático.		Incentivo e reforço verbal, ajuda física e atividades lúdicas diversas e flutuadores variados.		1. Deslocar-se na posição vertical com um rolo entre os MI, com movimento de pedalada.	Atingido
				2. Deslocar-se na posição de decúbito ventral, com auxílio de prancha e rolo na cintura pélvica.	Atingido

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Estratégia	Métodos de Aferição	Resultado Esperado	Avaliação
Adaptação ao Meio Aquático	Maximizar a autonomia nos deslocamentos no meio aquático.	Incentivo e reforço verbal, ajuda física e atividades lúdicas diversas e flutuadores variados.	Observação em avaliação final	3. Deslocar-se em decúbito dorsal, com auxílio de rolo nas axilas, com alinhamento do corpo.	Parcialmente Atingido
Reorganização do Movimento	Maximizar a agilidade e coordenação motora.	Reforço e instrução verbal, demonstração, jogo simbólico, atividades lúdicas variadas e utilização de materiais diversos.		1. Subir e descer autonomamente de um colchão que se encontra à superfície da água.	Atingido
				2. Deslocar-se agarrada ao separador da piscina, sem colocar os pés no chão.	Atingido
				3. Coordenar o movimento global nas destrezas motoras no calis de piscina.	Parcialmente Atingido
				5. Melhorar o equilíbrio dinâmico em tarefas de solo.	Atingido
Regulação do Comportamento	Melhorar o ajuste comportamental à situação.	Reforço e instrução verbal, utilização a técnica como elemento mediador da situação.		6. Melhorar a coordenação olho-manual, em tarefas de precisão.	Atingido
				7. Reorganizar o movimento após situações inesperadas.	Atingido
				1. Utilizar a negociação para realizar uma tarefa de que goste.	Atingido
				2. Regular o comportamento perante uma tarefa de maior dificuldade.	Atingido

APRECIÇÃO GLOBAL / PROPOSTAS PARA PRÓXIMO ANO LETIVO

A A mostrou-se uma aluna bastante assídua, tendo a mãe avisado a técnica sempre que esta se encontrou doente e/ou tinha consultas ou exames marcados. De uma forma geral, a aluna apresentou uma melhoria significativa nos seus desempenhos.

Atualmente, a A encontra-se adaptada ao meio aquático, tendo Atingido a maioria dos objetivos propostos. Os objetivos avaliados como Parcialmente Atingidos referem-se a itens que não se encontram ainda consolidados, isto é, a aluna é capaz de realizar as tarefas, mas não o faz de forma consistente.

Utiliza o material disponível de forma adequada e eficaz, mantendo os flutuadores durante a realização da tarefa, dominando a função de flutuação destes.

Relativamente à sua autonomia de entrada e saída no plano de água pela beirada da piscina, mostra domínio destas, realizando diferentes entradas de forma independente (a partir da posição de sentada, com saltos, com corrida em colchões, escorrega, etc.).

Mostra noção do controlo respiratório, mas não o realiza ainda de forma consistente, principalmente nas imersões inesperadas. Desloca-se autonomamente na água sem necessitar de ajuda física da técnica.

Apresenta melhor agilidade e coordenação motora na maioria das tarefas solicitadas, principalmente nas tarefas propostas em calas de piscina. Consegue reorganizar o movimento em mais situações, apesar de ainda existirem momentos de desorganização global.

Para além do trabalho proposto nos objetivos acima, foram abordadas outras competências, como a consciencialização corporal no meio aquático. Atualmente a A realiza deslocamentos em decúbito ventral e dorsal com flutuadores e movimentos propulsivos dos membros inferiores (sendo por vezes necessário alguma referência para não realizar a abdução destes). Aceita e facilita os deslizes em decúbito dorsal, diminuindo o tónus. No entanto, é necessário ainda algum reforço verbal para realizar o alinhamento do corpo. Relativamente aos deslizes em decúbito ventral, aceita-os, e geralmente consegue ter o domínio do corpo para os facilitar, deslizando na água com uma prancha após impulso da técnica. Realiza imersões totais do corpo por sua iniciativa, solicitando à técnica mergulhos no final da sessão.

Por fim, verificou-se que a nível comportamental a aluna aceita as tarefas propostas, não tentando negociar com a técnica. É capaz de pedir para realizar uma tarefa do seu agrado de forma adequada e aguardar por esta até ao final da tarefa proposta inicialmente pela técnica.

De forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante este ano letivo a A beneficia em manter o apoio de hidroterapia, se possível aumentando a frequência semanal para duas vezes. Deverá continuar a desenvolver a sua reorganização motora, assim como a sua adaptação ao meio aquático.

Assinatura do(s) Técnico(s) Responsável(eis):